أثر برنامج إرشاد جمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفال الأمهات المُصابَات بمَرض مُزمن

إعداد

أمل صالح مرعي قُزق

المشرف

الدكتورة جهاد محمود علاء الدين

أستاذ مُشارك

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في تخصص

الإرشاد الأسري

عمادة البحث العلمي والدراسات العليا في الجامعة الهاشميّة

الزرقاء–الأردن

٢٢/ حزيران / ٢٠١٤

نوقشت هذه الرسالة والموسومة بـ "أثر برنامَج إرشاد جمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفال الأمهات المُصابَات بمَرض مُزمن" ، وأجيزت بتاريخ 11 /6 /2014

أعضاء لجنة المناقشة		**التوقيـــع**
الدكتورة جهاد محمود علاء الدين،	رئيساً	....
أستاذ مشارك، إرشاد نفسي		
الجامعة الهاشمية		
الدكتور جلال كايد ضمرة	عضواً	....
أستاذ مساعد، إرشاد نفسي وتربوي		
الجامعة الهاشمية		
الدكتور يحيى حياتي نصار ،	عضواً	....
أستاذ مشارك، بحث وتقويم		
الجامعة الهاشمية		
الدكتور نشأت محمود أبو حسونة،	عضواً	....
أستاذ مشارك، إرشاد نفسي وخدمات طلابية		
جامعة أربد الأهلية		

الإهـــــــداء

قال تعالى (وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون)

سورة التوبة آية(١٠٥)

إلى خـالـقي ورازقــي ربِ العالمين

ثم إلى كل من وقف بجانبي وكان عوناً لي

إلى روح أبي الطاهرة .... إلى أمي الحنونة **إلى إخواني وأخواتي**

إلى زوجي العزيز **الذي تحمـل الصعـاب معي، وقدم العـون والدعـم الدائم لي**

إلى أبنائي عاطف وميساء وماجد ولانا **وأسرتي الصغيرة**

دعـاء كـل الحـب والـوفـاء

إلى من سقـاني من بحــورِ العلـم

أســـــاتــذتي الأعــزاء في الجـــامعة الهـــاشمية

إلى من شـجّـعني ودعــمني لأواصــل طـــريق العــــلم

أســـاتـذتي الغـالــيين في الجـــامعة الهاشمية

إلى زميلاتي وصـــديقات عمـري

الشّــــكر والتــــقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

(رَبِّ أَوزِعنِي أَن أَشكُرَ نِعمَتَكَ الَّتِي أَنعَمتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالدَيّ وَأَن أَعمَلَ صَالِحًا تَرضَاهُ) سورة الأحقاف (آية ١٥) صدق الله العظيم.

الحمد لله العليّ العظيم الذي منحنيَ العزم والتصميم إلى أن وصلت إلى هذه المرحلة.

وإنه لمن صدق القول أنني ممتنة بالتقدير إلى الفاضلة الأستاذة الدكتورة جهاد علاء الدين، التي تبنتْ هذه الرسالة إشرافاً وتوجيهاً حتى استقرت على ما هي عليه. فقد كانت فيضاً من العلم طوال فترة إعداد هذه لرسالة

وأتقدم بالشكر إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بمناقشة هذه الرسالة وإبداء ملاحظاتهم القيمّة لإثراء هذه الرسالة العلمية وإخراجها على أحسن وجه كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى جميع الأساتذة الكرام على تفضلهم بتحكيم أدوات الرسالة..ولا يفوتني أن أشكر الأسر والطالبات المشاركات في الدراسة، و إدارة مركز الأميرة سلمى للطفولة/ مديرية الثقافة في الزرقاء على ما قدمته لي من دعم ومساعدة في تطبيق هذه الرسالة، وقاكم الله شرَ المرض وكتبَ الشفاء لمرضاكم

البـاحـثـة

أمل صالح قُزق

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمةالأشكال

قائمة الملاحق

الملخص

أثر برنامج إرشاد جمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفالِ الأمهات المُصابات بمَرض مُزمن

إعداد

أمل صالح مرعي قُزق

المشرف

الدكتورة جهاد محمود علاء الدين

أستاذ مشارك

سعت هذه الدّراسة التجريبية إلى الكشف عن أثر برنامج إرشاد جمعي في تحسين مستويات التوافق النفسي والاجتماعي لدى عينة من المراهقات من طالبات المدارسِ في مدينة الزرقاءِ من أطفال الأمهات المصابات بأمراض مزمنة. وقد تم اختيار عينة قصدية تألفت من (32) طالبة تراوحت أعمارهن ما بين (12–14) سنة من أطفال الأمهات المصابات بأمراض مزمنة متنوعة ضمت مرض القلب والسكري والسرطان والفشل الكلوي وتصلب الأنسجة العضلية، وقد تم توزيع أفراد العيّنة عشوائياً إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية (ن= 16)، والمجموعة الضابطة (ن= 16).

وطُبقَ على أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي أربعة مقاييس: تقدير الذات والقلق والاكتئاب ومقياس المناخ الأسري، والتتبعي على أفرادِ المجموعة التجريبية فقط، وقد تم التحقّق من تكافؤ المجموعتين في القياسات القبلية على جميع المقاييس المستخدمة في الدراسة. واستندَ تصميم وبناء برنامج الإرشاد الجمعي إلى منظور العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي وقد تألف البرنامج من (14) جلسة إرشادية، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، وتراوحت مدة الجلسة من 45 دقيقة إلى ساعة. وتضمن برنامج الإرشاد الجمعي العديد من الأساليب والفنيات الإرشادية والعوامل العلاجية وهي: بناء التماسك والثقة وتشجيع عمليات وديناميكيات المجموعة وغرسِ الأملِ، بالإضافة إلى الاستراتيجيات المعرفية السلوكية والتي تركّزت على التزويد بالمعرفة عن المرض ومهارات مواجهة القلق والاكتئاب والاتصال ومهارة حل المشكلة. كما تضمنت الجلسات بعض استراتيجيات الإرشاد الجمعي كالاستماع الفعّال، والتعاطف، والكشف عن الذات، واستكشاف الذات، وإعطاء التعليمات، والنمذجة ولعب الدور والتغذية الراجعة والواجبات البيتية.

وأشارت التحليلات الإحصائية إلى النتائج الثلاثة التالية: **أولاً:** وجود فروق دالّة إحصائياً عند مستوى (0.05)، بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقاييس الدراسة الأربعة: تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسري في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، ما يشير إلى كفاءة برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية. **ثانياً:** وجود فروق دالّة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقاييس الدراسة الأربعة في القياس القبلي، وبين متوسط درجاتهم على نفس هذه المقاييس في القياس البعدي، لصالح القياس البعدي. **ثالثاً:** أشارت نتائج المقارنات بين نتائج القياس البعدي بعد تطبيق برنامج الإرشاد الجمعي على المجموعة التجريبية، والقياس التتبعي بعد مرور أربعة أسابيع، إلى وجود فروق دالّة إحصائياً عند مستوى (0.05)، على مقياس المناخ الأسري ما يُشير لزيادة التحسن على هذا المقياسِ، كما أشارت النّتائج أيضاً إلى عدم وجود فروق دالّة إحصائياً عند مستوى (0.05)، بين متوسّطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي، على مقاييس تقدير الذات والقلق والاكتئاب ما يؤكد احتفاظ أفراد المجموعة التجريبية بالمكاسب العلاجية التي حققوها في القياسِ البعدي.

وتَقترحُ هذه النَتائِجِ أنَ المجموعاتِ الإرشادية قد تكون فعالة في مساعدة المُراهقين من أبناءِ الآباءِ المصابين بمرضِ مُزمنِ الذين يَكُونُون عرضة لخطرِ تطوير الصعوباتِ النفسيةِ والاجتماعية كالمشاركين في هذه الدراسةِ، وأنها يَجِبُ أَنْ تُجرى بانتظام ضمن التدخّلاتِ الإرشادية في بيئة المدرسةَ، وذلك للوقاية من حدوثِ مشاكلَ الصحةِ النفسية والعقليةِ الأكثرِ جدية. وقَدْ تَستهدفُ برامج الإرشاد الأسري والخدمات النفسية والاجتماعية أيضاً جميع الأعضاء في أسر الآباءِ المصابين بحالة صحية جدية. وقَدْ تُكرر الدِراسات المستقبلية هذه الدراسةِ مع عيناتِ أخرى مِنْ المُراهقينِ من الجنسين من فئات عمرية مختلفة.

الكلمات الدليلية: *المُراهقات من بناتِ الأمهاتِ المصابات بمرضِ مُزمنٍ؛ الآباء المصابون بمرضِ مُزمنٍ في الأردن؛ برنامج إرشاد جمعي؛ العلاج المعرفي السلوكي؛ التعليم النفسي؛ نموذج رولاند للمرضِ في الأنظمةِ الأسرية؛ نظرية التكَيفِ مع الإجهادِ؛ تقدير الذات؛ القلق؛ الاكتئاب؛ تصوّرات المناخِ العائليِ.*

الفصل الأول

- المقدمة والإطار النظري
- مشكلة الدراسة
- أسئلة الدراسة
- فرضيات الدراسة
- أهمية الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

بسـم اللّـه الرّحمن الرّحـيم

الفصل الأول

المقدّمة والإطار النظري

لقد أُعتبِرت إصابة الوالد بالمرض الجسدي المزمن مبكراً مُنذُ فترةِ طويلة عاملاً خطراً يُسهم في تطويرِ المشاكلِ النفسيةِ والاجتماعية عند الأبناءِ من الأطفال والمراهقينِ (Buckley, 1977)، ونُظرَ إلى إصابة أحد الوالدين بمرضٍ مزمن أو خطير بوجه عام كمصدر تهديد لأمن واستقرارِ البيئة الأسرية وصلاحية الأسرة للقيامِ بوظائفها. ويبدو أنه عندما تتطور لدى أحد الوالدين حالة مرضية مزمنة أثناء مراحل تربية الأطفال في دورة الحياة الأسرية، فإن قدرة العائلة على البقاء متماسكة ضمن نفسِ المسار تصبح مرهقة ومجهدة جداً، وفي حالات ذات خطورة أعلى، فإن تأثير المرض يشبه إضافة عضو جديد، مع "إحتياجات خاصّة" سينافس الأطفال الحقيقيين على موارد العائلة النادرة والتي قد تنعدم بالخسارة الوالدية (Rolland, 1999, p. 252).

وتقترحَ الدراسات أنه عندما يُواجهُ الأطفالُ خبرة أدوارِ تقديم الرعاية والعناية في عائلتهم، فإنَ الخبرات الاجتماعية والعاطفية والصحية يُمْكِنُ أَنْ تكُون في أغلب الأحيان قد تعرّضَت للخطر بصورة جدية. ويُمْكِنُ أَنْ يَحْدثَ مثل هذا التبني للدورِ نتيجة للمرض أَو العجز الوالدي الطويل أَو القصير الأمد. وتؤكد المعلومات التاريخية بأنّ الأطفالِ يَقومون بتقديم الرعاية في أسرهم في هذه الحالاتِ منذ العديد من السَنَوات (Aldridgea & Beckerb, 1999). وقد تدوم هذه الأدوارِ إذا كان الآباءُ لا يَحصلونَ على الرعاية والدعمِ الذي يحتاجونه، وإذا أخفقَ المختصون في مُخَاطَبَة حاجاتِ الأطفالِ في هذا السياقِ. وبينما كلتا السيناريوهات تَستمرُّ إلى أَنْ تَكُونَ ميزةِ الحياة العائليةِ

في المجتمعات العربية، فإنَ الأطفال ما زالوا يَتحملونَ المسؤوليات الشخصية والمنزلية التي أصبحَ آبائهم عاجزين عن القيام بها خاصة لدى تعرض أحد الوالدين لمرض خطير مزمن.

إنّ مفهومَ "المرض الجدّي أو الخطير" (Serious Illness) يبدو إشكالياً وصعباً جداً، نظراً لأن عبارة "جدّي أو خطير" تمثل نوعاً من التعبيرات الشخصية(Copeland, 2013, p. 3). ويَتفاوتُ المرضُ الجسديُ استناداً إلى قاعدةٍ فرديةٍ فيما يتعلق بعدد مِنْ الأبعاد، ويتضمن ذلك البدايةِ، المدة، النتيجة، مستوى الإعاقة والعجزِ، ومستوى عدم التأكد (Rolland, 1999)، ومن الصعب بِموضوعية تَأسيس تدرج هرمي للجدية والخطورة. وقد استخدمَ العديد مِنَ الباحثين بشأن المرضِ الوالديِ التعبيرَ "الأمراض المُزمنة" (Chronic Illnesses) والتي تعرّفُها المراكز الأمريكية لضبط ومكافحة الأمراض والوقاية منها (Centers for Disease Control and Prevention CDC, 2009)، بأنها "الأمراض غير السارية وغير القابلة للإنتقال والتي تطول في المدّة، ولا تُحَل أو تُعالَج تلقائياً، ونادراً ما تُعالجُ بالكامل" (p. 2). وتتراوح هذه الأمراض بوجه عام، ما بينَ أمراض القلب والسرطان والسكري والكلى وتصلب الأنسجة العضلية وأمراض الرئة (World Health Organization WHO, 2005).

ويعرّف الباحثون (Barkmann, Romer, Watson, & Schulte-Markwort, 2007)، المرض الوالدي الجسدي المزمن بأنه "مرض جسمي عند واحد أَو كلا الوالدين، الذي يُمْكِنُ أَنْ يُصنّف كمهدد للحياة و/ أَو يَكونُ لديهُ تأثير حادّ على نوعية حياةِ المريضِ" (p. 477). ويمكن لتشخيص الوالد بمرض جسمي حاد ومزمن أن ينتج لديه ولمن حوله العديد من المشاكل الجسمية والعاطفية والسلوكية، هذا بالإضافة إلى التناقصِ والتراجع في تأدية الوظائف الأسرية (Forrest, Plumb, Ziebland, & Stein, 2006; Grabiak, Bender, & Puskar, 2007)، فحدث المرض يعتبر أحد الأحداث الحياتية الأسرِية الضاغطة والذي برهنت العديد من

الدراسات على ارتباطه بالاضطرابات النفسية والجسمية (Holland & Friedlander, 2006, p. 121)، وذلك سواء لدى المريض نفسه أو عندَ من يحيطون به من أفراد الأسرة وبشكلٍ خاص الأطفال الصغارِ والمراهقين (Krattenmacher et al., 2013; Thastum et al., 2009; Visser, Huizinga, Van der Graaf, Hoekstra, & Hoekstra-Weebers, 2004).

وقد وَجدَ عدد مِنَ الباحثين (Faulkner & Davey, 2002; Lewis, Hammond, & Woods, 1993; Steele, Forehand, & Armistead, 1997)، دليلاً تجريبياً على أن طبيعةَ المناخ الأسري ونوعيةَ التفاعلات العائليةِ، التي قَدْ تُجهَدُ بوجودِ حدث المرض المزمن والخطير في العائلة، وتساهمُ في التأثير سلباً على الإشتِغال النفسي الإجتماعي (Psychosocial Functioning)، عند أطفالِ الآباءِ المرضى.

ويُشار إلى أنَ اختصاصيي الرعاية الصحية يُركزونَ اهتمامهم بشكل رئيسي على صعوبات ومشاكل التوافق النفسي والاجتماعي التي يواجهها الآباء المرضى وأزواجهم أو على أوضاعِ الطفل المريض أو العاجز، بينما بقي المرض الوالدي كمنطقة كبرى غير مستكشفة، يفتقرُ بشدة للتدخلاتِ الإكلينيكية المناسبة والتعليم الأسري والسياسات الوطنية التي تدعم هذه العائلات (Rolland, 1999) ، تاركين الأطفال في الخلفية بالرغم من أنّ نسبة كبيرة منهم تتحول لتصبح ممثلة لفئة مقدمي الرعاية للوالد المريض لمدة طويلة من الزمن (Visser-Meily et al., 2006). وفي الحقيقة، يشعر الأطفال في هذه الأسرِ في أغلب الأحيان بأنهم مثقلون بالأعباءِ والمطالب أو المسؤوليات المتعلقة بالاهتمام ورعاية الشخص المريض ، في حين يفتقرون إلى المعلومات المهمة حول الحالة المرضية (Schrag, Morley, Quinn, & Jahanshahi, 2004)، كما ويشعر أبناء الآباء المرضى بالدرجة الأولى بأنهم أصبحوا مقّيدين في النشاطات اليومية، ميالين لعزل

أنفسهم من مجموعات الأقران، ما يؤدي في نهاية الأمرِ بهم للوقوعِ في مشاكل الصحة النفسية والجسدية المختلفة (Earley & Cushway, 2002). وغالباً ما تبرز هذه المشاكل والصعوبات بمعدلاتٍ أكثر عندما تكون الأمُّ هي المصابة بالمرض (Christ, 2000).

وتمثّلُ التدخّلات الإرشادية المُمَركَزة على الأطفال وأفراد العائلة في أسرِ الآباء المرضى نسبة صغيرة مِنْ التدخّلاتِ النفسية والاجتماعية المتوفرة للبالغِين المرضى وأسرهم، وهي تُنَفَّذ مَع الأطفال و/أو الأسرِ ويكون هدفها الأساسي أَنْ تحسّنَ عافيةَ وسواء الأطفال النفسي والاجتماعي (Niemela, 2012, p. 37). وقد لخّصتْ دراسة دياريم وآخرين (Diareme, Tsiantis, Romer, Tsalamanios, Anasontzi, Paliokosta, & Kolaitis, 2007)، الممارساتِ والتدخّلاتِ التي استعملتْ للتَزويد بتدخلات دعم الصحةِ النفسيةِ لأطفالِ الآباءِ الذين يعانون مِنَ الأمراضِ الجسديةِ المُزمنةِ مثل مرض السرطان والقلب والسكتة الدماغية والسكري. وقد ميّز هؤلاءِ الباحثين (2007) وجود عشَرة تدخّلاتٍ التي هدفتْ بشكل مُحدّد لمساندة أطفال مرضى السرطانِ. واستنتجتْ مراجعةُ هؤلاءِ الباحثين (2007) أن هناك عدد قليل جداً من التدخّلاتِ التي ركّزتْ على الأطفالِ المتأثرين بالمرض الوالديِ، وبِأَنَّ هذه التدخلات التي وُجدَت كانت موجّهة إلى الأطفالِ بعمرِ سن المدرسةِ.

وتشكل نسبة شيوع مشاكل التوافق النفسي والاجتماعي الحادّة بين فئة الأطفال في أسر الآباء المرضى وهي المجموعة الإرشادية المستهدفة في هذه الدراسة، ما نسبته (55%) من المجموع الكلي لأسرِ الآباءِ المرضى وتستمرّ هذه النسبة في أغلبِ الأحيان في الثباتِ حتى سن الرشد (Van de Port, Visser-Meily, Post, & Lindemann, 2007).

وفي نموذجِهم النظريِ الذي طُوّر لتَوضيح توافق الأطفالِ مع المرض الوالديِ، استخدمَ **سُو ورايان–فينغر** (Su and Ryan-Wenger, 2007) مفاهيمَ العوامل المتوسطة والتوسطية (Moderators and Mediators) لتَوضيح كَيف يرتبط مرض الآباءِ والنتائج النفسية والاجتماعية الواقعة على الأطفال. وقد عرّف الباحثان العوامل المتوسطة (Moderators) بأنها متغيّرات تكون موجودة سابقاً قبل حدث المرض (ومثال على ذلك: عُمر وجنس الطفلِ) والتي سَتؤثّرُ على عمليةِ التدخل. هكذا فإن هذه المتغيّرات تمثل عواملَ مستقرّةً تماماً التي تُوجَدُ بغض النظر عما إذا كان الوالد مريضاً أَو لَيسَ مريضاً. وتماثلياً، تَتضمّنُ العواملَ التوسطية (Mediators)" المتغيرات التي تُمارسُ تأثيرَها بعد حدوثِ المرضِ الوالديِ، ومثال على ذلك: نوعية علاقة الطفلِ بالوالد أَو سلوك تعامل الطفل مع حدث المرض". وهكذا فإن العواملَ التوسطية تمثل عواملَ غير ثابتة ولذلك تكون عرضة وقابلة للتغييرِ.

وطبقاً لنظرية الإجهاد والتعامل والمواجهة، يعرّف التدهورِ الصحي الوالدي بأنه موتر مستمر يتجاوز موارد التعامل عند الأطفال ويزيد من إحتمالية سلوك المشكلة (Forehand, Biggar, & Kotchick, 1998; Pakenham & Bursnall, 2006; Pedersen & Revenson, 2005). ويمكن للمرض الوالدي أن يُدرك كحدث مرهق وموتر اعتماداً على العوامل التي تتعلّق مباشرة بالأطفال والعوامل المرتبطة بالحالة، وقد تفسر العوامل التوسطية المتعلقة بالأطفال كالجنسِ والعمر والعوامل الأخرى المتعلّقة بالموقف أو بالحالة كنوع المرض، الأداء الوظيفي للوالد، والحالة الاقتصادية والاجتماعية (SES) وتوضّح الإختلافات في حجم التأثير (effect sizes) أو الفروق في سلوك المشكلة والاضطراب بين المجموعة المستهدفة والأطفال الآخرين في الأسرِ الصحية (Nelson & While, 2002) وذلك كما يلي:

أولاً، يبدو أنَ عمر الأطفال يتوسط أحجام التأثير (effect sizes)، لكن البحث غير حاسم حول ما إذا كانَ الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة أكثر عرضة لسلوك المشكلة الإكلينيكي من المراهقين (Visser et al., 2005). على أية حال، نظراً لأنَ المراهقين يكونون جسمياً وإدراكياً أكثر تقدّماً من الأطفالِ الصغارِ، فهم قد يواجهون مسؤولياتِ ومهام تقديمِ الرعاية بدرجاتٍ أكثر هذا بينما يكافحون مع قضايا تشكيل الهوية والمهام التطورية الأخرى الخاصة بمرحلة المراهقة (Kraaij et al., 2003). كما قد يلعب عمر الآباء المرضى أيضاً دوراً متوسطاً لكنه أهمل بشكل كبير كمتنبئ بسلوك المشكلة في المجموعة المستهدفة (Visser et al., 2004).

ثانياً، قد يؤثّر جنس الآباء المرضى وجنس الأطفال على حجمِ التأثيرات المحتملة لسلوك المشكلة عند الأطفال في أسرِ الآباءِ المرضى. وبشكلٍ خاص، غالباً ما تتبنّى البنات مهام تقديمِ الرعاية، وتبيّن بأنهن مقارنة بالأبناءِ الذكورِ، يكن عرضة لخطر أعلى من الإجهاد وأعراض الاكتئاب، وسلوكاتِ المشكلاتِ الموجهة للداخلِ كالقلقِ والانسحابِ الإجتماعي والعزلة والوحدة (Korneluk & Lee, 1998)، كما يكن معرضات لإظهارِ أعراض الإضطرابات الموجهة للخارِج كالسلوكات العدوانية وبمعدلاتٍ أعلى من الذكور (Visser et al., 2005). بالإضافة لذلك، تبينَ أن الفتيات اللواتي لديهنَ أم مريضة مقارنة بالأب المريض، يظهرن مستويات مشاكل أكثر لأنهن يملنَ للتوحدِ وللإحساسِ بنفس شعور الوالد من نفس الجنس. وبنفس الطريقة، فإنَ أولاد الآباء المرضى بشكل مزمن قد يعانون من صعوباتٍ أكثر من أولاد الأمهات المريضات (Barkmann, Romer, Watson, & Schulte-Markwort, 2007).

ثالثاً، يُظهر أطفال الأسر ذات الطبقة الاجتماعية الاقتصادية (SES) المنخفضة أنَ لديهم موارد أقل للتعامل مع المرضِ الوالدي من أطفال الطبقة الاجتماعية الاقتصادية العالية، الأمر

الذي قد يوضّح صعوبات توافق الأطفال المتزايدة في البيئات الفقيرة والمتوسطة الحال (Forehand, Biggar, & Kotchick, 1998). وتتضمّن الحالة الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة موارد اجتماعية ومالية منخفضة تعجز عن التحمّل والتعامل مع مطالب حدث الحياة المجهد المتعلق بوجود والد مريض (Folkman, Lazarus, Pimley, & Novacek, 1987). علاوة على ذلك، قد تتوسط خصائص المرض، مثل طول مدّة المرض أحجام التأثير. ويمكن للحالة الصحية الممتدة طويلاً أن تؤدّي إلى نضوب موارد الأطفال وإلى البدء بالنشاطات المرتبطة بالصعوبات الطويلة المدى، وعلى سبيل المثال، الاتّصال المتكرر بأقرانِ السوء. وهذه تحدث بموجب فرضية التأثير المتأخر (Forehand, Biggar, & Kotchick, 1998). وعلى سبيلِ المثال، تقترح دراسات مرض السرطان أنّ أكثر الأطفال المتأثّرين بالمرضِ الوالدي لا يعرضون سلوك المشكلة بعد وقت قليل من تشخيص والدهم بالمرضِ (Visser et al., 2007)، بينما أظهرت الدراسات الطولية نتيجة معاكسة عندما أجريت على حدوثِ السكتة الدماغية للوالد (Van de Port, Visser-Meily, Post, & Lindemann, 2007).

ويَفترضُ نموذج **لويس وآخرون** (Lewis, Hammond & Woods, 1993)، بشأن تعامل الأسرة مع المرض ومواجهتها له (Family Coping with Illness)، أنّ الأمراضَ المختلفةَ تَرتبطُ بدرجة دالة بمطالب نفسية واجتماعية مختلفةٍ، ويصِفُ النموذج المرض من ناحية هذه الطلباتِ المعيّنةِ، والخصائص الفردية وخصائص الثنائيات والديناميكيات العائلية (Copeland, 2013). وبأسلوب مماثل، يَقترحُ **رولاند** (Rolland 1999) ، إطار الأنظمةِ العائليةِ للمرضِ الوالدي الذي يصوّر المرض من ناحية خصائصِ المرضِ (البداية، المدة، والنتيجة)؛ والمراحل التطورية للمرضِ، والفرد، والعائلة؛ ومتغيّرات مهمة في عملِ النظامِ العائلي (مثل الحدودِ والأدوارِ). ويَبْدو العديد مِنْ الباحثين مُتفَقين على صحة المسلّمةِ المشتركة بين هذين

النموذجين وهي أن الأمراضَ المعيّنة تُؤثّرُ على الأفرادِ والعائلات بطرق فريدة، وتكون أهمية هذه التأثيراتِ مُحدَّدة جزئياً بالخصائص الموضوعية للمرضِ موضع الدراسة.

بالإضافة لذلك، يمكن أن يصنّف المرض الوالدي إلى ثلاثة أبعاد من المرض وفقاً لتصنيف رولاند كما يلي: نوع المرض، مرحلة المرض، والمناخ الأسري أو مكوّنات الأداء الوظيفي الأسرِي (Rolland, 1987; Schepers, Ketelaar, Van de Port, Visser-Meily, & Lindeman, 2007). ويختلف المرض الوالدي المزمن اعتماداً على بداية المرض (حادّ أو تدريجي)، مسار المرض (تقدمّي أو ثابت أو مرحلي)، نتائج المرض (مميت، من المحتمل أن يكون مميتاً، طول عمر مخفّض، غير مؤدي للوفاة)، ودرجة الضعف (العجز مقابل عدم العجز).

وقد أصبحت الأمراض المزمنة اليوم منتشرة في كافة أرجاءِ العالم بصورة لا يمكن تجاهلها وأصبحت تمثلُ عبئاً ثقيلاً على الأسرِ وأفرادها وخاصة ما يمكن مشاهدته في المجتمع الأردني، حيث توجد نسبة كبيرة من الأسر التي لديها أفراد يعانون من أمراض مزمنة. ولا تعتبر الأمراض المزمنة المعروفة أيضاً باسم الأمراض غير السارية، أمراضاً مُعديَةً يتناقلها أفراد المجتمع لكن يمكن القول بأنها قد تكون موروثة، وهي أمراض تتطوّر ببطء عموماً وتدوم لفترات طويلة. وتنقسم هذه الأمراض بوجه عام، إلى خمسة أنماط رئيسية هي الأمراض القلبية الوعائية (مثل النوبات القلبية والسكتة الدماغية) والسرطانات التي تتفاوت في درجة شدتها وآثارها السلبية، مثلاً مرض السرطان، بالإضافة لمرضِ السكري والفشل الكلوي وتصلب الأنسجة المتعدد. وحسب إحصائيات مديرية الأمراض غير السارية في وزارة الصحة الأردنية (٢٠٠٩)، فإنَ نتائج المسح الوطني للأعوام من (٢٠٠٧- ٢٠٠٩) تشيرُ إلى أن معدلات الشيوع والإصابات والانتشارِ والوفاة جراءِ هذه الأمراض كانت على النحو التالي:

١. تبلغ نسبة الإصابة بأمراض القلب (٢٦%) من العدد الإجمالي للسكانِ. وتبلغ معدلات نسب الوفيات الناتجة عن أمراض القلب (٣٣%) وذلكَ من نسبة الوفيات المبلغ عنها من دائرة الأحوال المدنية الأردنية للعامِ ٢٠٠٧.

٢. تبلغ نسبة الإصابة بمرض السكري (١٦%) من العدد الإجمالي للسكانِ.

٣. تبلغ نسبة الإصابة بالسرطان (٧,٧٥) لكل مائة ألف نسمة (٤,٦٩% من الذكور؛ و٤,٨٢% من الإناثِ). كما بلغت نسبة الوفيات الناتجة عن مرض السرطان للعام (٢٠٠٧) ما يعادل (١٤%) وذلكَ من نسبة الوفيات المبلغ عنها من دائرة الأحوال المدنية الأردنية للعامِ ٢٠٠٧.

٤. يبلغ معدل انتشار مرض الفشل الكلوي (٤٦٧) لكل مليون نسمة، علماً أن عدد المرضى للعام (٢٠٠٩) فقط قد بلغَ ما يقارب (٢٦٦٦) مريضاً.

وتبدو هذه الأرقام الخاصة بالمجتمع الأردني مقلقة خاصة إذا وضعنا في الإعتبارِ أنَ معظم الإصابات بالأمراضِ المزمنة تبقى على قيدِ الحياة لفترات طويلة من الزمن وأنها تحدثُ مع بعضِ الآباءِ خلالِ الفترات الحاسمة من دورة حياة الأسرة ، ما يجعلُ إمكانية التفكير بما يحدثُ مع الأبناءِ خلالِ هذه المراحلِ أمراً ضرورياً خاصة عندما نضع في الاعتبارِ أن إهتمام مختصي خدمات الرعاية الصحية النفسية ينصبُ اهتمامهم بشكل رئيسي على الصعوبات النفسية والاجتماعية التي يواجهها الآباء المرضى وأزواجهم، تاركين الأطفال في الخلفية بالرغم من أنّ نسبة كبيرة منهم تتحول لتصبح ممثلة لفئة مقدمي الرعاية للوالد المريض لمدة طويلة من الزمن (Visser-Meily et al., 2006).

ويشير الباحثون (Ainuddin et al., 2012) إلى أنَ التعامل مع حاجات مجموعة الأبناءِ في أسرِ الآباءِ المرضى ما زالَ بطيئاً ومتأخراً وأنَ هذه الحاجات تبدو ملّحة وتؤكد ضرورة إيلاءِ هذه الفئة السكانية الانتباه والاهتمام الخاصّ من المرشدين العاملين في مجالِ مساعدة الأسرِ.

وبالرغم من أن عدداً كبيراً مِنْ الأطفالِ قد يُواجهُ حدث مرضِ أحد الوالدين، ومَا يُرافقه من مشاكلِ التوافقِ الناجمة عن الإجهادِ الذي يثيره حدث مرض الوالد المزمن، إلاّ أن كفاءة التدخلاتِ الإرشادية التي تستهدف التقليل والوقاية من تطور الأعراض المصاحبة للتوترِ كالقلق والاكتئاب والحزن الشديد ما زالت لَمْ تُفْحَص بشكل منظّم. وتُشير الدراسات إلى أنَ أطفال الأسرِ التي بها والد مصاب بمرض عُضال يبلغون عن مستوياتِ أعلى جداً مِنْ الاكتئابِ وسمة القلق ، ومستويات أدنى من تقديرِ الذات مقارنة بأطفالِ الأسرِ التي يكون فيها الوالدان أصحاء (Ahmeda, Fowlerb, & Toroc, 2011; Huizinga et al., 2001).

وتزود هذه المعلومات المتوفرة عن عوامل المرونة والخطر الخاصة بهؤلاء المراهقين وترفد أيضاً نوعية البرامج الواجب تصميمها لتناول حاجات هذه الفئة السكانية المهملة. وتُعد برامجُ العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي (Bedway & Smith, 1996; McBride, 2012) ، المقدمةُ في صيغة مجموعة إرشادية صغيرة العدد ، من الخيارات الناجحة في التقليل من التوتر والمحن النفسية المرتبطة بإصابة أحد أفراد الأسرة بالمرض، وبصورة خاصة، فإن الإرشاد الجمعي المستند إلى المنهج المعرفي السلوكي مع الآباء المرضى وأسرهم كان فعّالاً للغاية ولا تقل كفاءته عن فاعلية الإرشاد الفردي (Sheard & Maguire, 1999).

واستجابة لهذه المشكلة الخاصة بالأسرة التي لديها والد مصاب بمرض جسدي مزمن، ومع ندرة المعلوماتِ الموثقة في الأدبِ النفسي العربي أو حتى الغربي الذي يتناول المجموعاتِ الإرشادية لأطفالِ الوالدين المصابين بأحدِ الأمراض المزمنة (Diareme, Tsiantis, Romer,

(Tsalamanios, Anasontzi, Paliokosta, & Kolaitis, 2007, p. 103)، أتت فكرة هذه الدراسة التجريبية لفحص مدى كفاءة برنامج إرشاد جمعي يستند للعلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي من خلالِ مؤشراته على التوالي: تقدير الذات والاكتئاب والقلق بالإضافة للمناخِ الأسري لدى مجموعة من المراهقات في عُمر (١٢-١٤) سنة، اللواتي يعشن في أسر أردنية بها أم مريضة بمرض مزمن كمرض القلب والسكري والسرطان والكلى وتصلب الأنسجة المتعدد.

وسيتم فيما يلي عرض موجز للخلفية النظرية والبحثية لمواضيعِ المتغيرات الرئيسية التي تبحثها الدراسة الحالية بدءاً ببرامج وتدخلات الإرشاد الجمعي ومنظور العلاج المعرفي السلوكي ، وتدخلات التعليم النفسي وصعوبات التوافق النفسي والاجتماعي التي يواجهها المراهقون من أبناءِ الآباءِ المصابين بمرض مزمن، وعلاقة المرض الوالدي المزمن بالنظام والمناخ الأسري.

الإرشاد الجمعي

يعد الإرشاد النفسي الجمعي أحد الصيغ التي تُقدم فيه خدمات وأنشطة وتدخلات الإرشاد النفسي، ويمثلُ ممارسة مهنية متخصصة واسعة المدى تتعلق بتوفير المساعدة أو بإنجاز المهام في موقف جمعي ويتضمن ذلك تطبيق النظريات والعمليات الجمعية بواسطة متخصص ممارس كفؤ لمساعدة مجموعة من الأشخاص يعتمدون على بعضهم البعض بصورة تبادلية لتحقيق أهدافهم التبادلية، التي قد تكون في طبيعتها شخصية أو ما بين الأشخاص أو موجهة نحو المهمة (Gazda, 1989, p.9). كما ويعرّف **الإرشاد الجمعي** بأنه:

"عملية ديناميكية ما بين الأشخاص تركز على التفكير والسلوك الشعوري وتتضمن وظائف العلاج المؤلفة من "التسامح والتوجّه نحو الواقع والتنفيس الانفعالي والثقة والرعاية والتفهم والتقبل

والدعم المتبادل وغرسِ الأمل وتطوّر وظائف العلاج وتنمو ضمن مجموعة صغيرة من خلال تبادل وإشراك (Sharing) الآخرين من الأقران والمرشد في الهموم والمشكلات الشخصية، ويكون المسترشدون بشكل أساسي أشخاص طبيعيين لديهم هموم ومشكلات متنوعة، والتي لم تضعفهم إلى الحد الذي يستدعي تغيير مكثّف في الشخصية. وقد يستخدم المسترشدون من أعضاء المجموعة تفاعلات المجموعة لزيادة فهم وتقبل القيم والأهداف ولتعلّم و/أو لمحو التعلّم السابق، *لإتجاهات وأفكار وسلوكات معينة*" (Gazda, Duncan, & Meadows, 1967, p. 305) .

وفي عملية تنظيم خبرة مجموعة المراهقين (Organizing The Group Experience for Adolescents)، تكون المهمة الرئيسية التالية، بعد الانتهاء من إعداد مشروع العمل المقترح (Proposal) لمجموعة المراهقين، هي التعامل مع جميع التفاصيل التمهيدية المتضمنة في عملية تشكيل المجموعة (Forming a group). وتصف مورغانيت (Morganett, 1990) **الخطوات العشر** التالية لتشكيل والقيام بإنشاء مجموعة إرشادية منظمّة (Structured) للمراهقين الصغار (Corey & Corey, 1997, p. 327-329):

١. قم بإجراء تقييم للحاجات (Needs Assessment): وستساعدك هذه العملية على تركيز جهودك على خدمات الإرشاد الجمعي المهمة والحاسمة التي يحتاج إليها مسترشدون معينون في وضع وموقف معين، ويمكن أن يتضمن التقييم بالإضافة لاستخدامِ المقاييسِ النفسية والاجتماعية المقننة المعروفة جيداً، الاستعانة بإحدى الأدوات المستخدمة كجزء من عملية المسائلة القانونية.

٢. قم بتطوير مقترح مكتوب (Written proposal): يتألف المقترح المكتوب من وصف عام والمبررات والأهداف والأدوات والإجراءات وطرق التقييم.

٣. قم بالإعلان عن المجموعة (Advertise the group): كطريقة لجعل المشاركين المحتملين يعرفون عن المجموعة، أعِلمْ مصادر الإحالة كالمدراءِ والمعلّمين والمرشدين.

٤. احصل على موافقات معرّفة من الآباء والراعيين (Informed consent): تتضمن الموافقة المعرّفة تقديم معلومات معينة عن المجموعة بحيث يمكن لكل من المشترك والوالد أو الراعي أن يتخذوا قراراً صائباً بشأن المشاركة.

٥. قم بإجراء مقابلات ما قبل المجموعة (Pre-group interviews): بالإضافة لإعطاء توجيهات عامة عن خبرة المجموعة، يكون الهدف من هذه المقابلة الطلب من الأعضاء الالتزام والحصول على معلومات ستكون مفيدة في وضع قرارات بشأن من الذي سيقبل في المجموعة.

٦. قم باختيار أعضاء المجموعة (Select the group members): غالباً ما يتحدد الاختيار على ضوء الهدف من المجموعة، وتقع على عاتق المرشدين القادة، مسؤولية اختيار الأعضاء الذين لديهم فرصة جيدة للاستفادة من هذه الخبرة الإيجابية، كما يقوم القادة بفرز الطلبات وتحديد أولئك ممن لا يعتبروا مناسبين لمجموعة معينة.

٧. قم بتطبيق اختبار قبلي (Pre-test): توفّر عملية إجراء اختبار قبلي وبعدي (Pre-post-test)، إطاراً علمياً لتقييم الدرجة التي استفاد فيها الفرد أو المجموعة ككل من خبرة المجموعة.

٨. تطبيق جلسات المجموعة (Conduct the group sessions): يمكن تحديد طول مدة عمل المجموعة، تبعاً لموضوع المجموعة أو ما تدور حوله، وفي معظم مواقف المدرسة، يعد العدد من (٨-١٢) جلسة الوضع الأفضل.

٩. قم بتطبيق اختبار بعدي (Post-test): بعد انتهاء عمل المجموعة (أو في الجلسة الأخيرة للمجموعة)، من المستحسن القيام بإجراء تطبيق للاختبار المستخدم في الفترة القبلية، مرة ثانية كاختبار بعدي.

١٠. قم بإجراء متابعة (Follow-up) وتقييم ما بعد المجموعة: بعد مرور شهر أو شهرين على الجلسة النهائية للمجموعة، قم ببرمجة لقاء متابعة، وهذا اللقاء سيتيح للأعضاء المشاركة في عرض إنجازاتهم والربط بما حققوه وخبراتهم في المجموعة، ويعد هذا وقتاً جيداً، لتقديم التعزيز وتوفير الإحالات لمزيد من خبرات النمو الأخرى، كما يعد لقاء المتابعة أيضاً، مصدراً مهماً لتقييم نتائج ومخرجات المجموعة والاحتفاظِ بالمكاسب العلاجية بمرورِ الوقت (Corey & Corey, 1997, p. 327-329).

وبشكلٍ نموذجي تمر المجموعات الإرشاديّة خلال عملها في **خمسة مراحل** كما يلي: مرحلة التشكيل والمرحلة الأولية ومرحلة التحوّل ومرحلة العمل ومرحلة الإنهاء.

وترَى كوري وكوري (Corey and Corey, 1997) أنَ مجموعات المراهقين يمكنها أن تجمع ما بين المواضيع الشخصية سوياً مع أهداف التعليم النفسي (Psychoeducational Goals)، كما وتعد من الممارسات المفيدة لدى العمل مع المراهقين، بأن يكون لدى المرشدُ الأهداف المحددّة بوضوح، والمواضيع ذات الصلة والتنظيم والبناء (Structure)، التي ستجعل الأعضاء قادرين على تطوير الثقة (Trust) في المجموعة.

ويرى آرونسون وشيدلينغر (Aronson and Scheidlinger, 1994)، أن المراهقين ينزعون ويميلون للتصرف وللأداء بطريقة أفضل في المجموعات المتجانسة (Homogeneous)، وبوجود حدود معلنة وصريحة ومباشرة وقواعد عمل واضحة، وقد تناول العالمان (١٩٩٤) أهمية

الوضع في الاعتبار أعمار الأعضاء لدى بناء وتنظيم مجموعات المراهقين، وأوصيا بمراعاة أنَ المراهقين الصغار في سن ما بين (١٠-١٤) عاماً، يكونون ميالين للإنكار(Denial) وللتعبير من خلال السلوكات الموجهة خارجاً (Externalization)، كما ينزعون لأن يكونوا ماديين أكثر في تفكيرهم، ولديهم شعوراً بالذات أكثر، وقد لا يظهرون اهتماماً كبيراً بعملية الوعي بالذات وإدراكها(Self-awareness)، وهم يعملون بشكل أفضل في مجموعات تكون إما كلها ذكور أو كلها إناث.

بعض الاعتبارات العملية (Practical Considerations) في المجموعات الإرشاديّة للمراهقين الصغارِ

المكان (The Setting): يضع المرشد في اعتباره فيما يتعلق بالموقف الإرشادي، ضرورة توفير مكان مناسب للجلسات الإرشادية، بمعنى فعاليته بالنسبة للعمل الذي يرغب في إجرائه مع المسترشدين الصغار، وأن يسأل نفسه هل سيكونون قادرين على التجوال بحرية ؟ وهل سيضطر لأن يطلب منهم باستمرار، مراعاة الحديث بصوت خافت حتى لا يزعجوا الآخرين الموجودين في الغرفة المجاورة ؟ وهل يوفر المكان الخاص بمقابلات المجموعة الخصوصية والحرية وعدم المقاطعة ؟ وهل يوجد داخل الغرفة ما يمكن تخريبه بسهولة من قبل المسترشدين أو أن هناك أيضاً مواد غير آمنة بالنسبة لهم (Corey & Corey, 1997)؟

توصيل التوقّعات للمسترشدين (Communicate Expectations): يجب أن يكون المرشد قادرًا على إخبار الأطفال أو المراهقين بأسلوب بسيط عن الهدف من المجموعة الإرشاديّة، وماذا يتوقع منهم، وماذا يمكنهم أن يتوقعوا منه، ويجب أن يتأكد من أنهم يفهمون القواعد والأسس غير القابلة للتبديل أو التفاوض كقواعد أساسية، وبقدر ما يكون ذلك ممكناً، أن يحاول إشراكهم في وضع

وتعزيز القواعد التي ستحكم مجموعتهم، ولدى وضع وإعداد قواعد خاصة ومعينة، من الضروري أن يتم متابعة تنفيذها بحزم وثبات (بدون أسلوب أو لهجة أوتوقراطية) وكمثال على ذلك: قد يكون لديه سياسة بعدم السماح للأعضاء المغادرين للمجموعة بالعودة مرة ثانية؛ وهنا يجب أن يكون حريصًا على عدم الانصياع وتلبية مطالبهم للحصول على فرصة ثانية، فالأطفال الصغار سرعان ما سيتعلمون بأن المرشد يعني ما يقوله لهم، وربما لا يكونون دائماً راضيين عمّا يفعله في وقت معين، ولكن فرصته لكسب احترامهم من المؤكد أنها سوف تزداد.

الاستعداد (Preparation): يقوم المرشد بالاستعداد على نحو كاف لكل جلسة، وقد يحتاج لتنظيم وبناء الجلسات بمزيد من الحرص أكثر مما قد يحتاجه لدى العمل مع مجموعات الكبار الراشدين، كما يجب أن يكون مرناً بما يكفي لتعديل الصيغة والمواضيع المخصصة لجلسة معينة، لكي يتمكن من الاستجابة للأوضاع والمواقف العفوية والتلقائية للأطفال، وأن يتجنب الإصرار على تغطية جدول أعماله، ومهما حدث يجب أن يكون خلاقاً ومبدعاً.

إشراك الآباء (Parent Involvement): يشرح المرشد للآباء توقعاته وأهدافه بطريقة يستطيعون فهمها ويبتعدون من خلالها عن الشك، وهو بهذا يقلّص فرص مواجهة والتعامل مع الآباء المقاومين والدفاعيين، وذلك من خلال المبادرة والبدء معهم بموقف من مثل: " كيف يمكنك أن تساعدني في عملي مع طفلك؟ وكيف نستطيع أن نعمل كفريق وفق أهداف مشتركة؟"، وذلك بدلاً من التواصل معهم بطرق تشعرهم بأنهم غير مؤهلين وغير كفؤين، وبوصفه الخبير الوحيد القادر على معالجة الوضع. كما ويجب أن يكون مهتماً بصدق بالتعرّف على ردود فعلهم تجاه البرنامج الإرشادي، وقد يضطر إلى تخصيص وقت معيّن للتعريف ببرنامجه وتقديمه في اجتماع مع الآباء،

أو قد يضطر إلى إرسال خطابات قصيرة يصف فيها مجموعته، وهذه الرسالة يمكن إرسالها مرفقة بنموذج الموافقة الوالديّة (Corey & Corey, 1997).

العلاج المعرفي السلوكي

يستند برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية إلى العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ومنظور التعليم النفسي-Psycho) (Education. وفيما يلي عرض لأهم مميزات منظور العلاج المعرفي السلوكي في الإرشاد والعلاج النفسي يليه التعليم النفسي.

يُعد العلاج المعرفي السلوكي أحد أنواع العلاج النفسي الحديث نسبياً، والذي نتجَ عن إدخال العمليات العقلية المعرفية إلى أساليب العلاجِ السلوكي وأصبحَ في وقت قصير، نموذج العلاج النفسي الرئيسي في معظم الدول المتقدمة (Clark & Fairburn, 1997). ويشمل مفهوم العلاج المعرفي السلوكي مناهج عديدة تتشابه في جوهرها وتختلف في فنيات تطبيقها. وعلى الرغم من أن هناك أكثر من عشرين نوعا منها ولكن أشهرها: منهج "بيك" في العلاج المعرفي، ومنهج "ألبرت إليس" في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، ومنهج "كيلي" للتصورات الشخصية، وتأتي بعد ذلك مناهج أخرى مثل منهج "ميشنبوم" في تعديل السلوك المعرفي، وحل المشكلات لدوزيلرا وغولدفرايد (D'Zurilla, and Goldfried, 1971) ومنهج "ألبرت باندورا" في التعليم الاجتماعي، ومنهج "لازاروس" (Multi-Modal Therapy) ، في العلاج المتعدد النماذج.

وغالباً ما يستخدم مصطلح العلاج المعرفي السلوكي لوصف النظريات التي تشمل أو تضع في اعتبارها كلا من السلوك المعلن (Overt) والمخفي (Covert) وذلك في البحث أو الدراسة أو خلال العلاج والإرشاد النفسي (الشريف، ٢٠٠٦). ويعد العلاج المعرفي السلوكي من

أهم التطورات في علم النفس الحديث، ففي بداية السبعينيات من القرن العشرين، زاد الاهتمام بأهمية العمليات المعرفية ودورها مثل التفكير والتخيل في تعديل السلوك، ومن الملامح المميزة أن العديد من الأساليب العلاجية أصبحت تضع في الاعتبار بشكل خاص التأثير المميز للعمليات المعرفية، وترتب على ذلك أن الهدف الرئيسي من العلاج المعرفي السلوكي أصبح محاولة تغيير الأفكار الخاطئة وتعديلها من خلال أساليب وتدريبات وتكنيكات متعددة تتركز على السلوكيات اللاتكيفية.

وتعتبر فنية إعادة البناء المعرفي (Cognitive restructuring)، من أهم التكنيكات العلاجية البارزة في هذا المنظور والتي تهدف لجعل العمليات المعرفية أكثر اتصالاً بالواقع، بوصفها تُكون نتاجاً للتفكير الخاطئ والعمليات المشوهة من التفكيرِ (Dobson, 1999; Hersen & Bellack, 1985; Osborn, 1998).

ويعتبر بيك (Beck, 1976) من رواد هذا المنهج بالرغم من ارتباط اسمه بالعلاج المعرفي (Cognitive Therapy)، فالمشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساس إلى أن الفرد يقوم بتحريف الواقع ولي الحقائق بناء على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة. وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ في إحدى مراحل نموه المعرفي (Beck, 1988). وتفترض النظرية المعرفية أنه من الممكن إحداث تغييرات انفعالية وسلوكية وجسمية من خلال إحداث تغييرات في أفكار واعتقادات المريض. ويعد النموذج الذي قدمه "بيك" (٢٠٠٠) من أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه وأكثرها شيوعاً، ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف واعتقادات الفرد في الـ هنا– والآن (here and now) كسبب في اضطراب الشخصية، فإنه يستعين أيضاً ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل. ويرى

بيك أن الشخصية تتكون من مخططات معرفية (Schemas) تشتمل على المعلومات والاعتقادات والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكتسبها خلال مراحل النمو. ويرى أن الناس تنفعل بالأحداث وفقاً لمعانيها لديهم.

ويهتم بيك (٢٠٠٠) بالأفكار التلقائية السلبية التي تظهر وكأنها انعكاسات آلية وتبدو من وجهة المريض بأنها معقولة جداً. ويذهب بيك إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد نتيجة لها، ومن الأمثلة عليها التمثل الشخصي (Personalization) أي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض، والتفكير المستقطب (Polarized) أي المتمركز عند أحد طرفين متناقضين إما أبيض أو أسود، والاستنتاج التعسفي أي الاستدلال اللامنطقي، والمبالغة في التعميم أي تعميم نتيجة معينة على كل المواقف على أساس حدث منفرد، والتضخيم والتحجيم، والعجز المعرفي. وإذا كان العلاج وفقاً لهذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ والتشويهات المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفة والسعي إلى تخفيضها، فإنه يعتمد على عدة أسس أو مبادئ هي المشاركة العلاجية، وتوطيد المصداقية مع المريض، وتقليل أو اختزال المشكلة (Reduction) أي تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها، ومعرفة كيفية العلاج وذلك باستخدام فنيات عديدة بعضها معرفي مثل المناقشة، والمراقبة الذاتية، والتباعد الذي يجعل تفكير المريض وتقييمه للواقع موضوعياً، وإعادة التقييم المعرفي، والعلاج البديلي (مناقشة الأسباب)، وبعضها تجريبي كالاستكشاف الموجه، والتعريض، وبعضها الآخر سلوكي كالواجبات المنزلية، والإقتداء، والتخيل، ولعب الدور. ويرى "بيك" أن التكنيكات السلوكية ذات فاعلية لأنها تؤدي إلى تغييرات إتجاهية ومعرفية لدى الحالات المريضة (المحارب، ٢٠٠٠).

ويعد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT)، الذي قدمه ألبرت إليس (Albert Ellis, 1913-2007)، نوعاً من أنواع العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، ويستندُ على الافتراض بأنَ الاضطرابات النفسية إنما هي نتاج للتفكير غير العقلاني لدى الإنسان، لذلك فإن السبيل للحد من المعاناة الإنسانية هو دحضِ وتفنيد واستبدالِ أنماط التفكير الخاطئة وغير العقلانية بأفكارِ أكثر منطقية (الشطرات،٢٠٠١). وقد ابتكر إليس نموذج (ABC) للاضطراب الانفعالي لشرح العلاقة بين الأحداث الناشطة أو المثيرة (A) (Activating event)، والمعتقدات (B) (Beliefs)، والنتائج الانفعالية والسلوكية (C) (Consequences).

ويوضح هذا النموذج أن الأحداث (A) لا تؤدي إلى الانزعاج أو الاضطراب الانفعالي ولكن تقدير الفرد لها وأفكاره ونظام المعتقدات العقلانية واللاعقلانية لديه (B) هو الذي يسبب ردود الفعل الانفعالية والسلوكية (C). إن الإدراكات والاستنتاجات والتقييمات كلها عبارة عن عمليات معرفية تسهم في الحالة الانفعالية، وعلى أية حال فإن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ينظر إلى الظواهر المعرفية الثلاث باعتبارها مرتبطة نفسياً ومنطقياً بجوهر المعتقدات اللاعقلانية اللاشعورية التي تشبه السكيمات (Schemas) أو الأبنية المعرفية (السوالمة، ٢٠٠٨).

ويرى روزنهام وسيلجمان (Rosenhan and Seligman 1989) أنَ العلاج المعرفي السلوكي يمثلُ أيضاً نوعاً من العلاج المتعدد النماذج، وأنَ مهمة المعالج تتحددَ في تصنيفِ الاضطرابات النفسية حسب مستوياتها المتميزة، ومن ثمَ العمل وفق كل مستوى باختيارِ الإستراتيجيات والفنيات العلاجية المناسبة لكلِ مستوى مع العمل بمرونة وسرعة وبتخطيط واستعداد مهني رفيع المستوى. ويعتبر آرنولد لازاروس (Lazarus, 1988)، الذي يرتبط اسمه أصلاً بالعلاج السلوكي (Behavior Therapy) الواسع المدى، من أوائلِ المعالجين التكامليين

(Lazarus, 1997)، الذين استخدموا منهج العلاج المعرفي السلوكي واضعاً سبعة مستويات ليعمل المعالج وفقها، وذلك انطلاقاً من فكرة أن الإضطرابات النفسية تظهر من خلالِ سبعة مستويات أو مؤشرات ينبغي التعامل والاهتمام بها. وللإشارة لهذه الأنواع استخدم لازاروس أسلوب الاختصار للأحرف الأولى لتلك الأنواع السبعة (BASIC ID) **وذلك على النحو التالي** (Cormier & Cormier, 1998): (B) السلوك، و(A) العاطفة، و(S) الإحساس و(I) التخيل، و(C) الأفكار، و(I) للعلاقات الشخصية، و(D) للأدوية.

كما ويعد ميشنبوم (Meichenbaum, 1995) مؤسس منهج التعديل المعرفي للسلوك (Cognitive Modification)، ومنهج التحصين ضد التوتر (Stress Inoculation Therapy (SIT) (Cooper, 2002)، وقد توصلَ ميشنبوم (Meichenbaum, 1995) إلى أن التفكير والمعتقدات والمشاعر والحديث الإيجابي مع النفس وتوجيهات الفرد لنفسه لها دور كبير في عملية التعلم، وركز ميشنبوم (١٩٩٥) على الحوار الداخلي الذاتي (Inner Self Talk) ، ليتم تعديل السلوك، ويرى أن الحديث مع النفس يجب أن يكون إيجابياً ويتضمن الرغبة في التغيير نحو الأفضل (عبد الهادي والعزة، ١٩٩٩).

والافتراض الذي انطلق منه ميشنبوم (Meichenbaum, 1977, 1995) أن الألفاظ (Verbalization) التي يقولها الناس لأنفسهم، تلعب دوراً في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد في محاولاتهم التغيير نحو الأفضل، وأن تكيف الإنسان وسعادته تنبع من الفكر الذي يحكم سلوك الفرد (باترسون، ١٩٩٠). وتعتبر من أهم وظائف الحوار الداخلي التأثير في الأبنية المعرفية، التي تؤثر بدورها في الحوار الداخلي، ويتجسد

الاضطراب النفسي من خلال بنى معرفية غير متكيفة تنجم من الخبرات السلبية التي اكتسبها الفرد في حياته (Sharf, 1996).

ويعد التدريب على التحصين ضد التوتر (Stress Inoculation Training [SIT]) أحد المناهج المعرفية السلوكية التي طورها ميشنبوم (١٩٧٧) ويعكسُ برنامج التدريب على التحصين ضد التوتر، منظور ميشنبوم بأن الأفراد يتعاملون مع المواقف الموترة من خلال تغيير معتقداتهم عن السلوكيات والعبارات التي يحدثون بها أنفسهم خلالِ تعاملهم الفعلي مع التوتر (Sharf, 1996). ويعتبر برنامج التحصين ضد التوتر والضغوط برنامجاً واسع النطاق والتنوع، فهو يشتمل على إعطاء المعلومات والتدريب على الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي وحل المشاكل، والتجريب السلوكي (Behavioral Rehearsal)، وفنيات معرفية وسلوكية أخرى. ويستندُ لمبدأ أن إعطاء الأفراد فرصة لمواجهة والتعامل بنجاح مع مثير موتر وضاغط بمستوى معتدل لحد ما، سيجعلهم قادرين على تحمل المخاوف أو القلق الأشد حدة (علاء الدين، ٢٠١٣).

ويتألف نموذج ميشنبوم (Meichenbaum, 1985)، للتدريب على التحصين ضد التوتر من ثلاثة مراحل: **المرحلة المفاهيمية ، ومرحلة اكتساب المهارات ، ومرحلة التطبيق** (علاء الدين، ٢٠١٣).

١.المرحلة المفاهيمية (Conceptual Phase): في المرحلة الأولى، يتم جمع المعلومات عن المسترشد، ويتم تعليم المسترشد حول كيفية التفكير في المشكلة و المواقف والاهتمامات التي تسبب له التوتر والضغوط، ويشير المعالج إلى كيف تقوم الأفكار والمشاعر بتطوير التوتر، وكيف تحافظ على بقائه وتزيد من مستواه لدى الفرد، وأن الأحداث نفسها ليست هي المتسببة في هذا التوتر. وفي هذه المرحلة يوجه الانتباه والاهتمام لمراقبة العبارات الذاتية (Self-statements)

ومراجعة الحوارات الداخلية بشأن المواقف الموترة أو الموقف المقلق، ورصد ومراقبة السلوكيات المتوترة الناتجة جراء ذلك. وغالباً ما يوصى ضرورة مراعاة أن يتم استخدام سجل لبيانات يومية بعناوين جاهزة (Log)، أو دفتر يوميات (Diaries) طيلة فترة العملية العلاجية، وهذا يمهد لدى المسترشد لتطوير طرق للمواجهة وللتعامل مع خوفه.

٢. اكتساب المهارات (Skills Acquisition): في هذه المرحلة، ولكي يتمكن المسترشد من مواجهة الخوف والتوتر وللتعامل معها بكفاءة، يتم تعليمه العديد من المهارات المعرفية والسلوكية، بما في ذلك التدريب على الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، ومهارات حل المشكلات، وتعليمات التعزيز الذاتي، ويتم تعليم المسترشدين فنيات الاسترخاء مثل تلك التي طورها كل من وولبي (Wolpe, 1990) وجاكوبسون (Jacobson, 1938)، بحيث تتنافس ردود فعل الاسترخاء مع رد فعل الخوف والقلق (علاء الدين، ٢٠١٣).

ويقصد بإعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring) تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار تعامل ومواجهة (Coping) بنّاءة. وعلى سبيل المثال، قد تستبدل عبارة " أنا خائفة ولا يمكنني القيام بأي شيء، بعبارة "عندما سأكون خائفة، سأتوقف للحظة لمراجعة نفسي". ويشمل حل المشكلات (Problem solving) على التجريب والتدريب ذهنياً، على كيف سيتناول المرء موقفاً ويتعامل معه، كما وتستخدم تعليمات التعزيز الذاتي (Self-reinforcement instructions)، بتقديم عبارات ذاتية إيجابية مثل "أنا أقوم بالأعمالِ المنزلية نيابة عن أمي، ومع ذلكَ يمكنني أن أدرسَ، وأنا أوزعُ الوقت بشكل جيد، أمي يمكنها أن ترتاح وتكون سعيدة ولو قليلاً، أنا أشعر بالإرتياح، فأنا أتحكم بالوقتِ بشكل أفضل مما كنت عليه الأسبوع الماضي" وإعتماداً على الموقف، فإن المعالجين الذين يستخدمون برنامج التدريب على التحصين ضد التوتر(SIT) يمكنهم تعليم

مسترشديهم أنواعاً كثيرة من مهارات المواجهة المتمركزة على المشكلة والمتمركزة على المشاعرِ للتعامل مع المواقف الضاغطة والموترة.

٣.التطبيق (Application): عندما يكون المسترشدون قد تمكنوا من تعلّمِ وإتقانِ مهارات المواجهة فإنهم يكونوا أصبحوا جاهزين ومستعدين لوضعها موضع التنفيذ في مواقف حقيقية. وعلى سبيل المثال، فإنَ المسترشدة تقوم أولاً، بالتدرب والتجريب (Rehearsal) ذهنياً، على توزيعِ الوقت المتوفر لديها لإنجازِ غسيلِ الأطباق والقيامِ بالواجب المدرسي، بينما تستخدم العبارات الذاتية التي تم تطويرها. وكلما كانت هذه المسترشدة أكثر دقة في تخيلِ تفاصيل المشاهد التي تحدث أثناء قيامها بإنجاز المهمتين، كلما كانت أكثر قدرة وبدرجة أفضل على استخدام استراتيجيات المواجهَة (Coping Strategies) التي طورتها في السابق. وعندما يتم إتقان هذه المهارات فإنَ المسترشدة تُعطَى واجبات بيتية (Home Assignment).

ومن أهم التكنيكات المعرفية السلوكية التي ركّز عليها معالجو العلاج المعرفي السلوكي والتي اعتمدت الباحثة على **الاستفادة منها في بناء البرنامج الإرشادي** في الدراسة الحالية هي:

١.**الكشف والتسجيل للأفكار السلبية أو المشوهة** (Dysfunctional Thoughts). وتظهر من خلال تسجيل الأفكار السلبية، وتتضح الرابطة بينها وبين الانفعال والسلوك، فالقيام بالتسجيل في حد ذاته سوف يساعد في كسر تأثير التفكير بصنع تفكير يشبه التفكير الحقيقي ويعطى للمريض والمعالج أيضاً بيانات لاختبار الواقع. والهدف هو تمكين المسترشد بأن يصبح قادراً على أن يراقب ويسجل بصورة صحيحة أحاديثه الذاتية عندما يشعر بالاكتئاب، وعندما يشعر المعالج بأن المريض أصبح قادراً على البدء في تحديد الأفكار أثناء الجلسة فبالإمكان أن يطلب من المسترشد أن يراقب تفكيره الخاص بين الجلسات (كواجب منزلي) (Williams & Williams, 2005).

٢. **تعديل الحديث الذاتي** (Inner Self Talk). وهو تكنيك معرفي سلوكي ركز عليه بيك وإليس وأيضاً ميشنبوم (١٩٩٥) انطلاقاً من الفرضية المتضمنة أن الأحاديث والألفاظ (Verbalization) التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دوراً في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة، وأن حدوث تفاعل بين الحديث الذاتي الداخلي عند الفرد وأبنيته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغيير السلوك (عبد الهادي والعزة، ١٩٩٩).

وإذا أردنا أن نغير السلوك فإنه يجب أن نبحث عن الأفكار والأحاديث الذاتية الداخلية التي تسبق قيامنا بمثل هذا السلوك، والمفترض أن تبدأ عملية التغيير من عندها. وتقلل هذه العملية من آلية النشاط السلوكي غير المتوافق وتزود الفرد بأساس لتقديم سلوك جديد متوافق (باترسون، ١٩٩٠)، كما أن الحالات الانفعالية تحدث بسبب نمط غير موائم من التفكير، والأشخاص لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار وأحاديث ذاتية محبطة ومكدرة. وقد أدركَ ميشنبوم مبكراً أن أسلوب توجيه الذات لا يحدث تأثيراً فاعلاً في تغير السلوك ما لم يكن قد وقعَ التغير في طريقة التفكير، ولذلك فهو يرى أن الأحاديث الذاتية يجب أن تكون إيجابية، وتتضمن الرغبة في التغير نحو الأفضل (عبد الرحمن، ٢٠٠٠).

٣. **النمذجة (Modeling)**. وهو تكنيك معرفي سلوكي إذ يقوم المشاهد المتعرض لرؤية تلكَ النماذج (Models) بتحويلِ المعلومات التي يحصل عليها ويستنبطها من هذا النموذج إلى صور معرفية إدراكية خفية، وإلى استجابات لفظية مكررة وسيطة خفية، وتلك الاستجابات هي التي تستخدم فيما بعد كمؤشرات للسلوك العلني الصريح، وبالضرورة فإنَ هذه الاستجابات تكون عبارة عن تعليمات ذاتية، وتساعد النمذجة الواضحة لمثل هذه الاستجابات على تغيير السلوك. ويمكن للأفراد الذين يقومون بدور النماذج (Models) القيام بالتفكير بصوت عال أثناء ما يقومون به من

استجابات خفية تشمل ليس فقط عرض وإيضاح السلوك البارع، ولكن أيضاً سلوك المواجهة، الذي يشمل مواجهة الإحباطات وينتهي بعبارات تعزيزية تعقب النجاح (باترسون، ١٩٩٠).

٤. **لعب الدور** (Role Play). ويتبع تكنيك النمذجة تكنيك لعب الدور لما له من أهمية كبيرة في العلاج المعرفي السلوكي، إذ يقوم المسترشد بتكرار السلوك الذي شاهده خلال النمذجة، ويساعد في إنجاز ذلك، التقييم الذاتي والاجتماعي للمشارك في المجموعة الإرشادية من خلال التعزيز والتغذية الراجعة والمقدمة مباشرة بعد لعب الدور. وعادة ما يستخدم لتسهيلِ وفهم أفكار ومشاعر ووجهة نظرِ الآخر (Other perspective) ولتعديل السلوكات المغلوطة وذلك من خلال تمثيل مواقف ومشاهد صعبة مع المشاركين الآخرين في المجموعة الإرشادية عن أشخاص ومواقف حقيقية ذات صلة بمشكلة وحياة المسترشد (Atlas & Pepler, 1998).

٥. **استراتيجيات المواجهة** (Coping Strategies). يُعلم المسترشدون أساليب المواجهة المتمركزة على المشكلة للمواقف القابلة للسيطرة عليها، والمتمركزة على المشاعر للمواقف التي لا يستطيعون تغييرها (Lazarus & Folkman, 1984). وكأسلوب للمواجهة الفعّالة، ولأن معظم المرضى وأسرهم يركزون على المرض نفسه كمصدر لمتاعبهم وتوترهم ومعاناتهم، يوصي البعض (Neilson-Clayton & Brownlee, 2002, p. 6) بأنه من الأفضل لدى البدءِ بالعلاجِ مع المسترشدين بالتركيز على "المشكلات التي أتت بك إلى الإرشاد"؟ كأسلوب لنموذج المواجهة الفعّالة.

٦.**التدريب على التعليمات الذاتية** (Self Instructional Training [SIT]). وهي طريقة يتعلم الأفراد فيها من أنفسهم كيف يتعاملون بفاعلية مع المواقف التي سببت لهم متاعب فيما قبل من خلال توجيه تعليمات معينة لأنفسهم بتطبيق مبدأ النمذجة ومن ثم التقليد والتعزيز الذاتي، حيث يقوم المعالج بنمذجة السلوك المقبول ثم يمارس المسترشد ذلك السلوك بتكرار وإعادة التعليمات

بصوت عالٍ موجهاً إياها لنفسه. ومن الممكن تطبيق التدريب على التعليمات الذاتية في معظم أنواع الاضطرابات النفسية مثل القلق، والغضب، والتوتر والاكتئاب.

وعند تطبيق التدريب على التعليمات الذاتية، يقوم المعالج أولاً بنمذجة السلوك المناسب، ثم يقوم المسترشد بتقديم الاستجابات المناسبة من خلال لعب الدور، ويقوم المسترشد بإعادة وتطوير ما تعلمه لنفسه ويكرر المسترشد عملية التعليمات الذاتية عدة مرات لنفسه، ومن ثم يستخدم هذه العملية أو خلافها في مواقف أخرى في الوقت المناسب من خلالِ الواجبات البيتية. ويستخدم التدرب على التعليمات الذاتية مع الأطفال غالباً ليشمل استخدام الإصدار المستمر للتعليمات سواء بواسطة المسترشد أو المرشد لجعله يصغي لتلك التعليمات، ومن ثم يقوم بتكرارها ذاتياً وبممارستها، وقد يرغب المسترشد الاحتفاظ بتلك التعليمات بتدوينها على الورق، أو بممارسة السلوك في حالات مختلفة أو مع أشخاص مختلفين (Sharf, 1996) ، خارج الجلسة العلاجية ضمن سياق الواجب البيتي.

٧. **الواجبات البيتية** (Homework Assignments). لكي يتمكن الفرد من تعميم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها مع معالجه، ومن أجل مساعدته على أن ينقل التغيرات الجديدة التي تعلمها داخلَ الجلسة إلى مواقف الحياة الواقعية، ولتقوية ودعم أفكاره ومعتقداته الصحية الجديدة، يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الواجبات والأنشطة الخارجية، وتعد وتصمّم هذه الواجبات البيتية بطريقة خاصة، بحيث تتضمن أنشطة وتدريبات معرفية وسلوكية، كذلك يحسن أن يتم انتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسة العلاجية، حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة التي ترتبط بالأهداف القريبة والبعيدة للعلاج (السوالمة، ٢٠٠٨).

وبوجه عام، يوجد العديد من الدراسات (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel, Southam-Gerow, Henin,

(& Warman, 1997; Larkin & Thyer, 1997، التي أجريت باستخدام العلاج المعرفي السلوكي والتي أثبتت فاعلية فنياته المختلفة في علاج الاضطرابات النفسية مثل: الاكتئاب والقلق والعدوان واضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، والتي كشفت عن أن العلاج المعرفي السلوكي يعد من أقل الأساليب العلاجية في نسبة انتكاسه، وأن أثره يمتد لفترة طويلة بعد انتهاء العلاج. وبشكلٍ خاص، أشارَ الباحثون لفاعليته مع اضطرابات القلق والاكتئاب وتدني تقدير الذات مع مجموعات الأطفال والمراهقين (Seligman, & Ollendick, 2011).

التعليم النفسي (Psychoeducation)

تعتبر إستراتيجيات تدخلات التعليم النفسي امتداداً للعلاج المعرفي السلوكي ، وتهدف إلى تعريف المسترشدين بطبيعة الاضطراب وبالمرض وعلاجه وكيف يمكن التعرف على إشارات الانتكاس مبكراً لكي يتم التدخل العلاجي مبكراً. ويُستعملُ التعليم النفسي (Friedberg, McClure, & Garcia, 2009; McBride, 2012)، لمعالجة العديد مِنَ القضايا العاطفيةِ والسلوكية والصحة النفسية المختلفةِ، ويتضمن ذلك علاجَ الاكتئاب والحزنِ، التمكين، إرشاد الأقران، والتدريب على الإسترخاءِ، وتخفيض الإجهادِ، واِضطرابات القلقِ، وقضايا الإرتباط والتعلق (Wood, Brendtro, Fecser, & Nichols, 1999).

ويشير الجزء "النفسي" من كلمة التعليم النفسي (Psychoeducation) إلى التشكيلة الواسعةِ مِنَ الأفكارِ والنظرياتِ النفسيةِ التي تستند إليها المنظورات ومهمات البرنامجِ، وممارسات برامجِ التعليم النفسي المُخْتَلِفة، في حين يُشيرُ جزء "التعليمَ" من الكلمةِ إلى التعليم ونماذجِ التَعَلّم التي تشكلُ بشكل كبير المحتوى وممارساتُ برامج التعليم النفسي (Wood et al., 1999). ويُعتَقَدُ عُموماً، بأنه كلما كانت المعرفةُ لدى الشخص حول حالته أكثرَ كلما كانَ الشخص قادراً

بشكلٍ أفضل على أَنْ يَعِيشَ مع حالته أَو ويُمْكِنُه السيطرة على الأعراض (Friedberg, McClure, & Garcia, 2009).

وقد نَشأَ التعليم النفسي التطوري عن نظرياتِ عِلْمِ النفْس التطوريِ، ويستند على الفكرةِ أنَ الخصائصَ الإنسانيةَ مثل السلوكاتِ، والإدراكات، والعواطف، والحوافز، والاتجاهات والمواقفِ تظهر في المراحلِ الزمنيةِ المتوقّعةِ. وتركز برامج التعليم النفسي التطوري على تَبنّي قاعدة للهويةِ الذاتية ولاحترامِ وتقدير الذات، بالإضافة إلى تشجيعِ التطورِ الصحّي في كافة أنحاء فترةِ الحياة. كما يمكن التركيز أيضاً على تركيبات مثل الارتباط والتعلق، قلق الانفصال، والعلاقات في هذه البرامج (Wood et al., 1999). وتركز برامج التعليم النفسي المعرفي العاطفي (Cognitive- affective) على مهارات التَفْكير الأساسِية ومهارات التنظيم الذاتي التي تُساعدُ الأطفالَ والمُراهقين في فَهْم تجاربِهم والخبرات التي يمرون بها. وتكون برامج التعليم النفسي هذه مستندة على مبادئِ عِلْمِ النفْس المعرفي، وتبنى على البحثِ المتعلق بالارتباطاتِ بين نشاطِ الدماغِ، والعواطف، والسلوك، وتركز على تعليم مهارات التَفْكير ومهاراتِ المواجهة (Coping) والتعامل المسؤولة عن تنظيمِ هذه العواطفِ والسلوكاتِ. بالإضافة لذلكَ، فإنَ الإعتقادات اللاعقلانية والتشويهات الإدراكية تُواجَه ويتم تحديها مباشرةٍ، كما تُعلَم مهارات حَلّ المشكلةِ التكيفيةِ، ومهارات التنظيم الذاتي، ومهارات إدارةِ الإجهادِ (McBride, 2012; Wood et al., 1999).

وقد برهنت الدراسات أنَ التعليم النفسي يَكُونُ فعّالاً في معالجةِ العديد مِنْ قضايا التوافق النفسي والاجتماعي عند المُراهِقِينَ (Gaynor & Lawrence, 2002; Wang, 1997)، كما أثبتت الدراسات أنَّ تقنياتِ التعليم النفسي تَكُون فعّالة في معالجةِ صعوبات التوافق النفسي والاجتماعي أو أعراض اضطرابات الصحةِ النفسية عند المراهقين، بنفسِ قدر فعالية المنظورات العلاجّية التقليدية.

وعلى سبيل المثال، فحصت دراسة **ششتمَان وبار-إي وهادار** (Schechtman, Bar-El, and Hadar, 1997)، العواملُ العلاجيةُ التي نُسبتْ إلى مجموعات التعليم النفسي ومجموعات الإرشاد التقليديةِ. وتألفَ المشاركون من طلابِ في الصف الثامنِ الذين حَضروا إمّا مجموعات تعليم نفسي أسبوعية أَو مجموعات إرشاد نفسي أسبوعيةِ. وقد طلبَ الباحثون من المشاركين إدْراج العواملِ العلاجّيةِ التي أسهمت في تحسُنهم والتي يُمْكِنُ أَنْ تُكونَ مَنْسُوبة إلى مجموعتِهم، ووَجدَ المُؤلفونَ بأنَ عددَ العواملِ العلاجّيةِ الذي سُمّي مِن قِبل المشاركين لم يكن مختلفاً بدرجة دالة إحصائية عبر مجموعاتِ التعليم النفسي والإرشاد النفسي، ما يشيرُ إلى أنَ كلا النوعين يكونان فعّالين على حد سواء عندما يتعلق الأمر بالقيمةِ العلاجّيةِ.

صعوبات التوافق النفسي والإجتماعي لأبناءِ أسرِ الآباء المصابين بمرض مزمن

لقد تم تمييز الحاجات النفسية للأطفال الذين يعيشون مع والد يعاني من مرض جسدي مزمن، على نحو متزايد وتم دراستها والكشفِ عن تأثيرات المرض الوالدي على الأبناءِ وذلك خلال السنوات الخمس عشرة الماضية خصوصاً على أيدي الباحثين في أوروبا (Romer, Barkmann, Schulte-Markwort, & Riedesser, 2002)، وفي الولايات المتّحدة (Armistead, Klein, & Forehand, 1995; Worsham, Compass, & Sydney, 1997). وقد وُجدَ أنَ الأثر النفسي على الأطفال يتركز نسبياً حول كونهم أصبحوا مقدمين الرعاية لأحد الوالدين الذي يعاني من مرض مزمن، وتبينَ أن تدني تقدير الذات والقلق والاكتئاب تعد من الأعراض الناتجة عن تأثرِ الأطفال بالمرض الوالدي المزمن، وتعكسُ جوانب تقدير الذات ومؤشرات القلق والاكتئاب مستوى التوافق النفسي للأطفالِ أبناءِ الآباء المرضى كما تمثل انعكاساً للبيئة والمناخ الأسري الذي يحدد أيضاً مستوى التوافق الاجتماعي عند الطفل (Pakenham, & Cox, 2011).

وقد استخدمتْ معظم الدراسات العديد من النماذج النظرية في تفسيرها لصعوبات التوافق النفسي والاجتماعي لدى المراهقين الذين لديهم أحد الوالدين مصاب بمرض مزمن ومن أشهرها: **النموذج التطوري ونموذج التوتر والتكيفِ التي سيتم عرضها فيما يلي.**

النموذج التطوري

عمدَ الباحثون لتلخيص القضايا النفسية والاجتماعية المتعلقة بحاجات الأطفال النفسية المرتبطة بالمرضِ الوالدي وبتغيّر المظاهر السلوكية لديهم رداً على المرض الوالدي بالإعتماد على **المرحلة التطورية** التي يمرون بها، وذلكَ بالاستناد إلى المراجعات النظرية ذات العلاقة (Adams-Greenly, Beldoch, & Moynihan, 1986; Armsden & Lewis, 1994; Bowlby, 1988; Field, 1984, 1987; Lewandowski, 1992; Segal & Simkins, 1996; Steck, 2000) ، وملاحظة الأطفال (Schaffer, 1958; Spitz, 1946)، والدراسات البحثية (Cross & Rintell, 1999; Power, 1985; Romer et al., 2002; Speece & Brent, 1992; Watson et al., 2006)، ووضعها في إطارِ تطوري، ويوضح **الجدولُ رقم (١)** أهم هذه القضايا حسب المراحل التطورية للأبناء المتعلقة بالمرضِ الوالديِ (Diareme, Tsiantis, Romer, Tsalamanios, Anasontzi, Paliokosta, & Kolaitis, 2007, p. 100).

الجدول رقم (١). القضايا التطورية للأطفال المتعلقة بالمرض الوالدي

المرحلة التطويرية	القضايا النفسية
سن الرضاعة	• الانفصال عن الوالدين • التناقض في العناية الجسدية والعاطفية
سن المشي	• الانفصال عن الوالدين بإعتباره تركاً أو عقاباً • التناقض في وضع الحدود والاهتمام
ما قبل المدرسة	• التفكير التخيلي بالتسبب بمرض الوالد • مواجهة المرض كعقاب • النظر إلى المرح واللعب بأنها أنشطة غير مناسبة
ما قبل المراهقة	• الخوف اللا منطقي من التسبب في أو زيادة مرض الوالد والشكاوى الجسدية المرتبطة بالشعور بالذنب (نظراً للإدراك المتوقع في هذا العمر للمرض الوالدي). • الخوف من خسارة الوالد الغير مريض (نظراً للإعتماد المتوقع في هذا العمر على الوالدين. • الشعور بالذنب لقضاء وقت مرح • الشعور بعدم الأهمية
المراهقة	• الشعور بالذنب أو الإزدواجية بسبب الرغبة في الإستقلال (نظراً للحاجة المتوقعة في هذا العمر للإستقلالية). • الشكاوى الجسدية (نظراً للإهتمام المتوقع في هذا العمر بالصورة الجسمانية وقضايا تشكل الهوية الصحية). • الشعور بالخزي من الأب المريض (نظراً للحاجة المتوقعة في هذا العمر للقبول من الأقرانِ). • الإستياء من المسؤوليات البيتية المتزايدة (نظراً للحاجة المتوقعة في هذا العمر للنشاطات المستقلة). • الإهمال أو التنازل عن النمو الذاتي والإستقلالية (نظراً للشعور بالذنب المتوقع في هذا العمر بسبب الرغبة بالانفصال عن الوالد المريض).

وباستعمال المنظور التطوري، عالجَ آرمسدن ولويس (Armsden and Lewis, 1993)، الذين أسهبا في طرح أربع قضايا رئيسية التي قَدْ تُساعدُ في فَهْم ردودِ أفعال الأبناء الفرديةِ على المرضِ الجسميِ الوالديِ، وذلكَ كما يلي: (أ) قلق الانفصال والأمنَ: قد يستجيب المُراهقون بأنهم يُواجهونَ صراعاً بين الحكم الذاتي والمسؤوليةِ الملقاة على عاتقهم؛ (ب) الفَهْم الشخصي: يعكسُ المُراهقون ويَتأملونَ شعورياً حول كَيفية تخفّيضهم لعبءِ الوالدِ المريضِ؛ (ج) مفاهيم المرضِ والموتِ: قَدْ يَكُون المُراهقون منشغلين بالخوفِ من الانتقال الوراثي المحتملِ للمرضِ الوالدِي إليهم

أنفسهم؛ (د) التخيلات: يُمْكِنُ أَنْ تَكُونَ تخيلات استراتيجياتِ التعاملِ عندَ المراهقين مساعدة وأيضاً مجهدة ومرهقة.

نموذج التوتر والتكيف

استخدمت بعض الدراسات التي أجريت على المراهقين من أبناءِ الآباءِ المصاب أحدهما بمرضٍ مزمن في تفسيرها للصعوبات التي تبرز لدى الأبناء، النموذج الإجرائي للتوتر والتكيف الخاص (Lazarus & Folkmans, 1984). وتم بناء هذا النموذج الإجرائي على افتراض أنَ الأحداث أو الأوضاعِ المُجهدة لا تعتبر بحدِ ذاتها مسببة للتوتر، لكن ينجم التوتر عن التفاعل بين الفرد والموقف، كما يعتمد على الحكم الشخصي حول الذي ينشأ بين الفرد والبيئة (Zakowski, Hall, Cousino Klein, & Baum, 2001).

واعتبرت الدراسات التي وظفت هذا النموذج أن المرض الوالدي يمثل مصدراً قوياً للتوتر، وتقصّت كيف أن تقديرات المراهقين ومصادرهم كانت مرتبطة بالتغييرات في اتجاهاتهم بشأن المرض. ويعطى نموذج التوتر والتكيف (Lazarus & Folkmans, 1984)، الأولوية للتقدير الفردي (وجهة نظر الطفل) لتأثيرات المرض، والتي سوف تتأثر من قبل ملائمة الموارد السيكولوجية المتوفرة للطفل. ويقترح نموذج التوتر أن التكيف سوف يكون أكثر فعالية إذا كانت هناك صلة بين القابلية للتغير لدى عامل التوتر الذي يواجهه الفرد، والحالة الملائمة لتكيف الفرد مع التوتر.

ويعتبر لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984) من أوائل العلماء الذين صنفوا أنواع أساليب المواجهة التي يستخدمها الأفراد للتعامل في محاولتهم التكيف مع الأحداث إلى

نوعين (النوعان الأول والثاني) ثم أضاف باحثون آخرون نوعاً ثالثاً من المواجهة والأنواع الثلاثة هي (علاء الدين، ٢٠٠٩):

١. **استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة** (Problem- Focused Coping Strategies)، التي تتضمن المعارف والسلوكيات التي تعالج المشكلة المسببة للتعاسة.

٢. **استراتيجيات المواجهة المركزة على المشاعر** (Emotion -Focused Coping Strategies)، التي تتضمن تنظيم الانفعالات (Regulating emotion) والمحن والتعاسة (Distress) المرتبطة بالضغوط (Stressors).

٣. **أسلوب التجنب** (Avoidance coping) وهو استراتيجية للمواجهة من خلال التفادي والتجنب الذي يعتبر أحد أشكال الهروب من المواقف الضاغطة المزعجة.

ويكشفُ توظيف نظرية التوتر والتكيف في دراسة الأطفال الذين لديهم أحد الوالدين مصاب بمرض مزمن (Nelson & While, 2002)، أن متغيرات التواصل والمعرفة عن المرض وخطورته بوصفها استراتيجيات تعامل نشيطة متمركزة على المشكلة، ارتبطت سلبياً بحدوث التغييرات والتراجع في مستويات التكيف والتوافق النفسي الناجمة عن المرض الوالدي لدى عينات من المراهقين. وتبينَ أيضاً أن استجابة المراهقين للتوتر من الأبناءِ الذين كانَ لديهم أحد الوالدين مصاباً بمرض مزمن (Compas, Worsham, Epping-Jordan, Grant, Mireault, Howell, & Malcarne, 1994)، ارتبطت بأعمارهم وبجنس الوالد المصاب بالمرض. وبالتحديد أظهرَ المراهقون الأكبر سناً مقارنة بالمراهقين الأصغر استجابة أعظم وأشد حدة للتوتر، وأيضاً كانت شدة وحدة الاستجابة للتوتر أكبر عندَ البنات اللاتي كانت أمهاتهن هن المصابات بالمرض المزمن مقارنة بالأولاد عندما كانَ الأب هو المصاب بالمرض المزمن. وأظهرت دراسة

أخرى (Pakenham & Bursnall, 2006) أجريت على عينة من المراهقين الذين لديهم أحد الوالدين مصاب بمرض مزمن، أنَ التحسن في مستويات التوافق النفسي عند المراهقين كان مرتبطاً بالمستويات العليا من التقديرات بوجود توتر أقل، والاعتماد الأكبر على استخدام استراتيجيات التكيف النشيطة (حل المشكلة، طلب الدعم والقبول) والاعتماد الأقل على استراتيجيات التكيف والتعامل التجنبي السلبية (الإنكار والتفكير من سبيل التمني والتعلل بالآمال).

ويدعم الأدبُ النفسي، الفكرةَ المتضمنة بأنَ خصائص موضوعيةٍ معيّنةً للمرضِ قَدْ لا تَحْملُ وزنَاً تنبؤيَاً كثيراً. في دراسة أطفال الآباء المصابين بالسرطان والحاملين للإيدز، وَجدَ (Kotchick, Summers, Forehand, & Steele, 1997) أنَ التأثيرات الشخصية للمرضِ قد ارتبطَت بالنتائجِ النفسية والاجتماعية، بينما مؤشرات شدَّةِ المرضِ الموضوعية لم ترتبط، كما وجدت واحدة مِنَ الدراسات (Hirsch, Moos, & Reischl, 1985) التي بحثت في توافق المُراهقين مع الأمراضِ الوالدية العقلية والجسدية، أنَ تصوّراتِ الأبناء للعجزِ أَو الضِيق الوالدي، بدلاً مِنْ التصنيفِ التشخيصي للمرضِ، كَانتْ عاملَ الخطرِ الرئيسي لسوءِ التوافق النفسي والاجتماعي عند الأبناءِ.

كما وَجدَ كومباس وآخرون (Compas, Worsham, Ey, & Howell, 1996) أنَ تصوّرات الأطفالِ الشخصية لمرضِ والديهم بالسرطانِ كَانتْ متنبئاً بالتعاسة والضِيقِ أكثر مِنْ مرحلةِ مرض السرطان أَو مآل المرض، وهي الخلاصة التي صادّقَ رومَر وآخرون (Romer, Barkmann, Schulte-Markwort, Thomalla, & Riedesser, 2002)، أيضاً على صحتها. وفي مراجعة للأدبِ النفسي الذي يَفْحصُ تأثيرَ المرضِ الجسمي الوالدي على توافق الأطفالِ، توصلَ **كورنلوك ولِي** (Korneluk and Lee, 1998) إلى أنَ "الدورِ المُتَوَقّعِ لشدَّةِ

المرضِ لَيْسَ لهُ تأكيد في البحثِ الحالي. بدلاً مِن ذلك، فإنَ تصوّرات أفرادِ العائلة لشدة المرضِ وموتراته كانت العوامل المُشتَرَكة في التوافق النفسي والإجتماعي للأطفالِ " (p. 189). كما وَجدَ فيسَر وآخرون (Visser, Huizinga, Van der Graaf, Hoekstra, & Hoekstra-Weebers, 2004) ، أنَ سمات معينة في مرضِ السرطانِ، ويتضمن ذلك نوعَ ومرحلةَ السرطانِ، والوقت الذي مر منذ التشخيص، ومستويات موضوعية مِنَ الشدَّةِ، لَمْ تبْدُ بأنها ترتبط باشتِغال وأداء الأبناء النفسي والاجتماعي.

على ضوءِ هذه النتائجِ، يَبْدو أن التصورات الشخصية لتأثيراتِ المرضِ الوالدي، بدلاً مِنَ التصنيف والتقييمِ التفصيلي لخصائصِ المرضِ، تبدو متنبئاً أكثر مناسبة للنتائجِ النفسية والاجتماعية للأطفالِ. وإذا وضعنا في الاعتبارِ عمليات تَوجيه الانتباهِ وعملياتِ صنعِ المعنى المفترض أنها تقف وراء نماذجِ الأفرادِ الداخليةِ العاملةِ (Individuals' Internal Working Models) ، للعالمَ – تلك، التَمثلات العقلية التي نخْلقُها لأنفسنا وللسياقات الإجتماعيةِ والبيئية التي نَحتلُّها (Pietromonaco & Barrett, 2000; Bowlby, 1988)– فهذا يعني أنَ التجارب الشخصية تَعمَلُ وتقوم بدور أكبر وأكثر لتَوجيه ردودِ الفعلِ على المرضِ الوالدي مِما يمكن للعوامل الموضوعية الخاصة بالمرضِ أن تعمله.

المرض المزمن وتأثيراته على المناخ الأسري

يمثل المرض المزمن حدثاً غير معيارياً يواجه الأسرة مؤثراً بشدة على تأديتها لوظائفها التطورية ويلوّنُ المناخ الأسري بأكمله (Bjornberg & Nicholson, 2007). وقد استخدمت الدراسات العديد من النماذج النظرية لدراسة طبيعة التغييرات والتأثيرات على المناخ الأسري والأداءِ الوظيفي لدى الأسرِ التي تجد نفسها مضطرة للتعاملِ مع حدث المرض المزمن، ومن أهم هذه

النماذج مفاهيم النظريات التطورية للفرد والأسرة (Carter & McGoldrick, 1998; Duvall, 1957)، ونظرية التكيف مع التوتر الأسري (Family Stress Adaptation Theory; McCubbin, & McCubbin, 1991)، ونظرية الأنظمة العائلية (Bowen, 1978) ونموذج لويس وآخرون (Lewis, Hammond & Woods, 1993)، ونموذج آرمستد وكلاين وفورهاند (Armistead, Klein and Forehand, 1995)، ونموذج رولاند (Rolland, 1999)، للمرض في الأنظمة الأسرية (Family Systems-Illness Model) .

وفيما يلي عرض موجز لثلاث من التوجهاتِ النظرية: نظرية الأنظمة العائلية، ونموذج آرمستد وكلاين وفورهاند ونموذج رولاند لصلتهما المباشرة والوثيقة بموضوع الدراسة الحالية.

١. نظرية الأنظمة العائلية

تقترح نظرية الأنظمة العائلية أن الأفراد لا يمكن فهمهم بمعزلٍ عن الآخرين، ولكن كجزء من عائلاتهم، وأن العائلة تُعتبر وحدة عاطفية واحدة (Bowen, 1978; Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). وتمثل العائلات أنظمة مكونة من أفراد مترابطين وتابعين لبعضهم. وحسب بوين (١٩٧٨) فإن العائلة تعتبر نظاماً يكون لكل فرد فيه دوراً يؤديه وأدواراً يحترمها، ويتوقع من أعضاء هذا النظام الاستجابة لبعضهم بطريقة وأنماط تفاعل معينة حسب أدوارهم والعلاقة القائمة بينهم، وذلك ضمن قواعد وقوانين وحدود (Boundaries) النظام. وتتطور أنماط الاتصال والتفاعل حين يُسبب أو يَتسبب سلوك عضو من أفراد العائلة في ظهورِ سلوك عضو آخر في العائلة بطرق قابلة للتنبؤ. ومن الممكن أن يؤدي الإبقاء والحفاظ على نفس النمط من السلوكيات ضمن النظام إلى حدوثِ توازن في نظام العائلة، ولكن قد يؤدي أيضاً إلى إختلال وظيفي (Dysfunctional) داخلِ النظام (Spira & Kenemore, 2000)، فعلى سبيل المثال،

في حالة مرض أحد أعضاء العائلة، يجد جميع أفراد العائلة أنفسهم مطالبين بالقيامِ بتعديل أدوارهم. إن التغير في الأدوار قد يحافظ على الاستقرار في العلاقة ولكن يمكنه أيضاً أن يدفع بالعائلة في طريق توازن مختلف. وهذا التوازن الجديد قد يؤدي إلى اختلال وظيفي عندما يعجز أعضاء العائلة عن الحفاظ على أدوارهم الجديدة لمدة طويلة من الوقت. وتوجد بعض الدراسات (Harris, & Zakowski, 2003; Lewis & Darby, 2003; Lewis, Casey, Brandt, Shands, & Zahlis, 2005; Spira & Kenemore, 2000)، التي أجريت على أطفالِ الأسر التي فيها والد مصاب بمرضٍ مزمن، واستندت على نظرية الأنظمة العائلية. وعلى سبيل المثال، وُجد أن البنات اللاتي كانت أمهاتهن مصابات بمرض مزمن سجلن مستويات مرتفعة من الاكتئاب الذي ارتبطَ بالتغيرات في أدوار العائلة، ولكنهن كنَ أيضاً أكثر قلقاً على الخسارة المحتملة لعلاقة الابنة/ الأم (Spira & Kenemore, 2000). ووُجد أيضاً أن البيئة العائلية غير الإيجابية كانت مرتبطة مع مستويات أعلى من التكدر والاكتئاب عند الأبناءِ، وتبينَ أن التعبير العاطفي يتوسط العلاقات بين تماسك العائلة وتكدر المراهقين (Harris & Zakowski, 2003). كما تبينَ أنه حين تكون العلاقات الوالدية ضعيفة بين المراهقين وكلا الوالدين (أحدهما مصاب بمرض مزمن والآخر غير مريض)، فإنَ المراهقين يظهرون ثقة أقل بالنفس وتكدراً أكبر (Lewis & Darby, 2003).

حدود المرض وحدود العائلة: عندما تصبح العلاقات بين الآباء والأطفال معرفة بمرض أو عجز ما فإن هذا يمثلُ خطراً رئيسياً لهم (Minuchin et al., 1978)، ويكون الأمر هذا صعباً جداً عليهم بشكل خاص في مرحلة الأزمة الأولية عندما تكون العائلات مركّزة على القضايا الطبية وتحتاج لفترة من الانغماس في التعلّم حول الحالة. وعندما يسيطر المرض على نسيج العلاقات العائلية بشكل كلي، فإن السير في الحياة "بشكل طبيعي" يُصبح منعكساً ومتجسداً في سلوكِ أفراد العائلة الموجه خارجاً لكونهم يحملون المرض داخلهم أينما توجهوا.

وللمساعدة على إيقاف هذا الانشقاق، يمكن للمعالجين أن يساعدوا أفراد العائلة على تعلّم كيفية تقييد الوقت والمكان اللذين إحتلهما المرض في علاقاتهم، وتوجد بعض الإستراتيجيات البسيطة لإبقاء المرض في مكانه قدر الإمكان، فالآباء ينبغي أن يحدّدوا الأوقات التي تكرّس من أجل العناية الذاتية وتقديم الرعاية للمريض أو المناقشة حول المرض، والأوقات التي تكون مخصصة للنشاطات والمناقشات الأخرى التي لا يجتاحها المرض. وتحتاج العائلات إلى توجيه واضح حول متى يمكن اعتبار أنَ الأزمة الأولية للمرضِ المهددة للحياة قد انتهت. على سبيل المثال، في الحالات المفاجئة الأولية مثل النوبات القلبية فإن فترة أولية من الإجهاد العاطفي والطبيعي المنخفض للوالد المريض قد تكون ضرورية، لكن هذا قد يترك العائلات أيضاً تعيش في ظلِ المخاوف المتعلقة بوقوعِ أحداث خطرة أخرى. وفي مثل هذه الحالات، أفراد العائلة قد يلجؤون بشكل تلقائي إلى التعلق بالنصيحة الطبية المقصودة لفترة محدودة من الوقت، وتصبح الحرية في الحديث عن أمور عاطفية أو التعبير عن الغضب في أغلب الأحيان محظورة وذلكَ لتجنب تكرارِ حدوث النزاعات، وغالباً ما يُمْكِنُ للتفاعلات المدمرة أَنْ تَحْدثَ بسهولة.

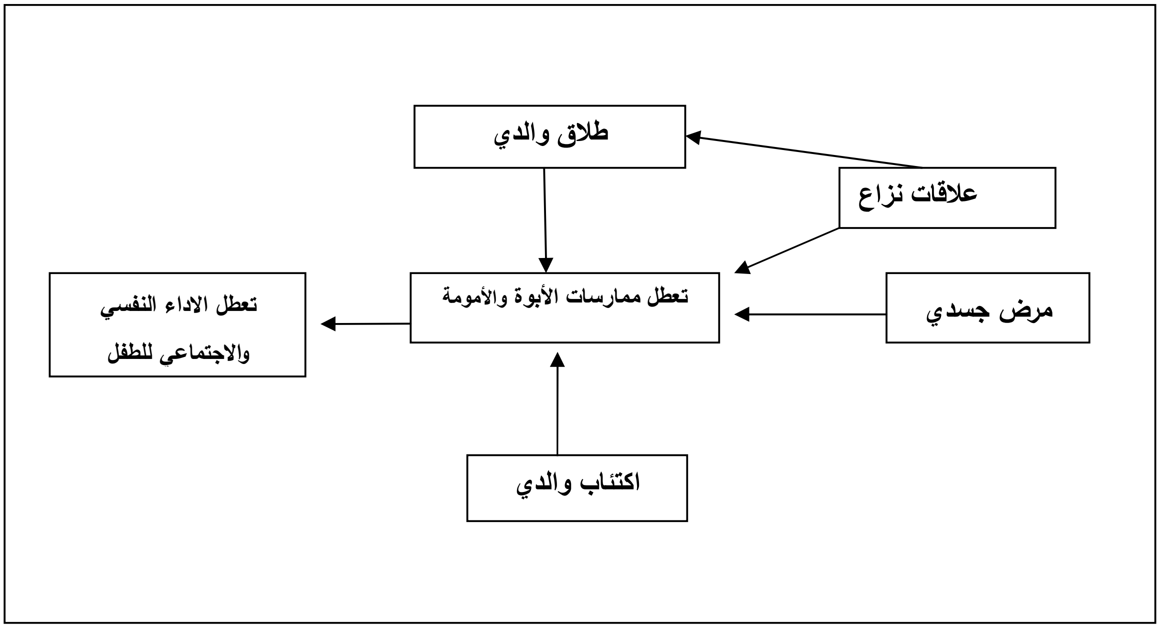
كما ويكون الخطر الرئيسي الآخر متمثلاً بأن المرض المزمن يمكن أن يصبح العضو الثالث القوي في علاقة الزوجين، وفي بعض العلاقات المحكومة بالجدال الغير منتهي حول السيطرة، فإن المرض أو العجز يمكن أن يعملا كحليف قوي للوالد المريض من أجل السيطرة. إن الخطر المتضمن في وجود المشكلة الصحية، هوَ كونها قد تعمل كسبب جوهري للتغيير وأنَ هذا التغيير يبقى معتمداً في أغلب الأحيان على استمرارية الأعراض أو تهديدات الخسارة. وفي هذه الحالات، فإن الأطفال على الأرجح يصبحون مثلّثين مع نزاع الآباء و/ أو يتعلّموا الطرق الملتوية لاستعمال الأعراض السيكوسوماتية والجسمية كطريقة للفت الانتباه أو السيطرة. وعندما تعتبر الأسرة المرض الوالدي وتنظر له كتحدً جماعي، فإنَ هذا يساعد على صدّ الأخطار المتعلقة

بالتثليث (Triangulation) حيث أن المرض قد يكون مستعملاً من قبل العضو أو الراعي للمريض ضدّ أفراد العائلة الآخرين فيما يتعلق بقضايا السيطرة أو التخويل والاستحقاقِ أو التضحية. ويعتبرُ **نموذج بوين** للتغير في العائلة المرتبط بالمرضِ الوالدي الأكثر تميزاً وذلكَ لتركيزه على المنظور العاطفي داخل الأسرة وعمليات التمايز للذات عندَ الأفراد ضمن سياق أسرهم (Tutty, 1995) على أي حال، يرى بوين (Bowen, 1978) ، أنَ تأثيرات المرض على العائلة قد تخلق حاجة لوجود مزيد من التماسكِ الداخلي ما بينَ أفراد العائلة.

٢. نموذج آرمستد وكلاين وفورهاند (Armistead, Klein and Forehand, 1995)

يعد نموذج آرمستد وكلاين وفورهاند (Armistead, Klein and Forehand, 1995)، من النماذج الموثقة جيداً التي فسرت تأثيرات مرض الوالدين على ما يحدثُ داخلَ الأسرة وبشكلٍ خاص ما يتعلق بأداء الطفلِ النفسي والاجتماعي وأداء الوالدين. ويوضّح الشكل رقم (١) فيما يلي هذا النموذج.

ويقترح هذا النموذج أنَ هنالك قضايا مثل الصراع أو الطلاق أو الاكتئاب الوالدي المرتبطة بحدث المرض الوالدي المزمن قد تفسرُ جزئياً كيف يكونُ الأبناءِ المراهقون في الأسر التي لديها والد مصاب بمرض مزمن. وتكمن قوة هذا النموذج في أنه يشتمل على كلٍ من اضطرابات الممارسات الوالدية نتيجة للمرضِ الوالدي المؤثرة بصورة مباشرة على عمليات تربية المراهقين، والاضطرابات المتعلقة بصعوبات العلاقة الزوجية والمزاج الوالدي المؤثرة بصورة غير مباشرة على الأبناءِ والتي قد تفقد الآباء القدرة في إدارة الصعوبات الناجمة عن المرض الوالدي وتحوّل البيئة الأسرية لمناخٍ تسوده الاضطراب والتشويش والخسارات (Armistead et al., 1995).



الشكل رقم (١). نموذج تخطيطي لكيفية تأثيرات مرض الوالدين على الأداء النفسي والاجتماعي للأبناءِ (Armistead, Klein, & Forehand, 1995)

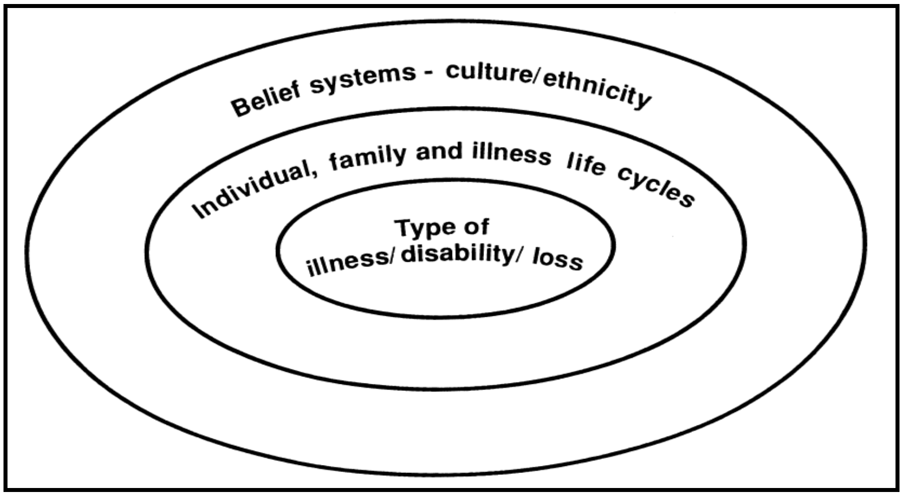
ويُشيرُ تأكيد النموذجِ على **الوالديـة المُعَرقَلـةِ** (Disrupted Parenting)، كوسيط بين المرضِ الجسمي للوالد وأداء الطفلِ النفسي والاجتماعي ويقترحُ بأنّ طبيعةَ نوعية عِلاقاتِ الطفلِ والوالد قَدْ تَكُون المفتاح الرئيسي لفَهْم تأثيراتِ المرضِ الوالدي على التوافق النفسي والاجتماعي عند الأبناء.

٣. نموذج رولاند (Rolland, 1999) عن المرض في الأنظمة الأسرية-Family Systems) Illness Model)

يرى رولاند (١٩٩٩) في نموذجه عن المرض من منظورِ الأنظمة الأسرية، أنه في حالة الأمراض والإضطرابات المزمنة، فإنَ تصورات التوجه البيولوجي السيكولوجي والاجتماعي (Biopsychosocial orientation) يجب أن تتم من خلالِ منظور الأنظمة، حيث تكونُ العائلة هي النقطة المركزية للتفاعلِ. وللتمكن من التفكير بطريقة منهجية في صلة أي حالة مرضية

مزمنة بنظام الأسرة، يقوم النموذج بقولبة الإضطراب الصحي ذاته ضمن شروط ولغة الأنظمة تبعاً لنمط متطلباتِ المرضِ السيكولوجية الاجتماعية بمرور الوقت. إنَ الكشف عن الاضطراب المزمن يتم مشاهدته في سياق تطوري ومتضمن لتداخلٍ بينَ ثلاثة مسارات تطورية: المرض، دورةِ حياة الفرد، دورة حياة العائلة (Rolland, 1999) .

وقد تم بناء هذا النموذج على أساس منظور موجه بقوة لعرض علاقات العائلة على أنها المصدر والمورد، وللتأكيد على إحتماليات المرونة والنمو، وليس فقط مسؤوليات ومخاطر العائلة (Walsh, 1996, 1998). ويهتم هذا النموذج بالمتطلبات السيكولوجية الاجتماعية للمرض عبر مراحله المختلفة، وديناميكية أنظمة العائلة التي تؤكد على دورات حياة الفرد ودورات حياة العائلة، وأنظمة الاعتقادات والأنماط المتعددة الأجيال (تشمل تأثيرات الثقافة، العرق والجنس) كما يوضح فيما يلي في الشكل رقم (٢). كما ويوفر **نموذج الأنظمة العائلية للمرضِ** (Rolland, 1984, 1987a, 1987b, 1990, 1994a, 1998) بنية مفيدة للتقييم ولتشكيل التدخلات مع الأسرِ التي تتعامل مع المرض أو العجز المزمن. ويعالج النموذج ثلاثة أبعاد: (١) الأنواع السيكولوجية الاجتماعية للمرض والعجز. (٢) المراحل التطورية الرئيسية في التاريخ الطبيعي لأفراد الأسرة. و(٣) متغيرات النظام الأسري الرئيسية المتعلقة بالمعتقدات. كما يوضح أدناه في الشكل رقم (٢) (Rolland, 1999, p. 243).



الشكل٢. نموذج رولاند للمرض في **The Family Systems–Illness Rolland Model** الأنظمة العائلية

ويؤكد النموذج على حسن الإتساق بين المتطلبات السيكولوجية الإجتماعية للمرض ونقاط القوة والضعف لدى العائلة (Rolland, 1999, p. 243). وسيوضح فيما يلي مكونات النموذج الثلاثة.

١.الأنواع السيكولوجية الاجتماعية للمرض. يستندُ تصنيف الأمراض القياسي على خصائص ومعاييرِ بيولوجية بحتة تم تجميعها لإنجازِ التشخيص الطبي وخطة العلاج، مع عدم مراعاة المتطلبات السيكولوجية الاجتماعية للمرضى وأسرهم. وقد قدّمَ رولاند (Rolland, 1984, 1987, 1994)، لتوضيح العلاقة بين المرض المزمن والعائلة، مخططاً تصنيفياً للصلة بين العالم البيولوجي والنفسي والاجتماعي للمرضِ، حيث يُمكن للحالاتِ المزمنة أن تُجمّع سوياً حسب التشابهات والاختلافات البيولوجية الرئيسية مع المتطلبات السيكولوجية الاجتماعية الفريدة للمريض والعائلة. ويحددُ هذا التنوع مجموعات المتطلبات السيكولوجية والاجتماعية المتشابهة لمجموعة واسعة من الأمراض المزمنة التي تؤثر على الأفراد خلال فترة حياتهم. وأيضاً، يمكن لنمط المرض أن يختلفَ في ما يتعلق بالبدايات، والمسار، والنتائج ومدى الإضعاف والعجز الناجم وفي مستوى عدم التأكد المحيط بمسارِ تطوره. وبدمج أنواع البدايات والمسارات والنتائج والعجز الناجم، ومستوى

الشك، تمكنَ رونالد (1999) من وضع منظور متنوع يقوم على تجميع الأمراض طبقاً للتشابهات والإختلافات في الأنماط التي تشكّل حسب المتطلبات السيكولوجية والإجتماعية المختلفة.

٢.**الصلة بين تطور الفرد والعائلة والمرض.** عندما تكون الحالة المرضية التي يتعرض لها النظام الأسري مزمنة، يصبح البعد الزمني نقطة مرجع مركزية، حيث تواجه العائلة وكلّ عضو فيها التحدي الهائل من أجل التركيز بشكل آني على الحاضر والمستقبل، وذلكَ مع تلبية مطالبِ إتقان المهام العملية والعاطفية للموقف الفوري وأثناء القيام بتخطيط مسار للتعامل مع التعقيدات وعدم اليقين في المشكلة المغلفة بمستقبل مجهول. وتكون هذه المهمّة مسهّلة بوضع الحالة المزمنة المتكشّفة في إطار تطوري يكامل ويدمج سوياً ثلاثاً من السلاسلِ التطوّرية: دورات المرض، ودورات الحياة الفردية والعائلية (Rolland, 1987a, 1994). ولذا يُصبحُ من الضروري الوضع في الاعتبار التفاعل القائم بينَ التطور الفردي والعائلي، ولأنَ المرض يكون جزءاً من حياة الشخص المريض، فهوَ سيؤثّر على تطورِ ذلك الشخص وأفراد عائلته المختلفين بطرق فريدة من نوعها اعتماداً على عدد من العوامل، ومن ضمنها العمر عند بداية المرض، الالتزامات الرئيسية للشخص المصاب بالمرضِ ودوره في وحياة كل فرد من العائلة في ذلك الوقت، بالإضافة إلى المرحلة التي تمر بها الأسرة من دورة الحياة الأسرية. ويمكن لنماذج دورة الحياة أن تسهّل التفكير بشكل نشيط حول التوقيت وطبيعة الإجهاد على الوحدة العائلية وكلّ عضو خلال مسار المرض المزمن، ويشترك التطور الفردي والعائلي والمرض في فكرة المراحل، وكلّ واحدة بمهامها التطورية الخاصة بها.

وقد قسمّ كارتر وماكجولدريك (Carter and McGoldrick, 1998) دورة الحياة العائلية إلى ستّ (٦) مراحل، حيث تعنون الأحداث الفارقة (على سبيل المثال: الزواج، ولادة الطفل الأول، المراهقة، الأطفال الذين يتركون البيت) الإنتقال من مرحلة لأخرى. بالإضافة إلى ذلك، فإن دورة

الحياة العائلية يمكن أن ينظرَ لها على أنها تتذبذب وتتقلب بين المراحل حيث تتطلّب المهام التطورية العائلية ترابطاً شديداً أو تماسكاً أعلى نسبياً، كما في مرحلة القيام بأعمال تربية الأبناء في مرحلة الطفولة المبكّرة، مقابل المراحل الأخرى مثل العائلات مع المراهقين، والذي يكون فيها التماسك العائلي خفيفاً نوعاً ما، ويؤكّد في أغلبِ الأحيان على الهوية الشخصية والاستقلالية الذاتية (Combrinck-Graham, 1985).

٣. **أنظمة المعتقدات.** يكون التحدي التطوري الأساسي للعائلة لدى الحصول على التشخيص الطبي للمرض المزمن، أَنْ تَخْلقَ معنى لتجربةِ خبرةِ المرضِ الذي يُروّجُ لإحساس بالكفاءةِ والإجادةِ (Kleinman, 1988; Rolland, 1994a, 1998; Wright et al., 1996; Wynne et al., 1992). وفي مرحلة الأزمةِ الأوليةِ، من المفيدُ للأخصائيين الإكلينيكيين أَنْ يَستفسرَوا حول المعتقدات الرئيسية التي تُشكّلُ قصصَ وروايات الأسرِ عن المرضِ وإستراتيجياتِ التعامل والمواجهة. وهذا يَعْني كَسْب فَهْم لنظام المعتقداتِ العائلةِ العامِّ، وللاعتقاداتِ العائليةِ التي ترتبط بإجهادِ المرض المُزمن بمرور الوقت، وللمعاني التي ارتبطَت بالحالة الصحية نفسها.

ويَتضمّنُ التقييم الدقيق تتبع الاعتقاداتِ حول: (١) الحالة الطبيعية السوية؛ (٢) علاقة العقل – بالجسمِ؛ (٣) السيطرة والإجادة؛ (٤) التفاؤل / التشاؤم؛ (٥) قواعد الاتصالِ؛ (٦) المعاني التي وضعتها ثقافة العائلة، المجموعة العرقية، الدين أَو الثقافة الأوسع للأعراضِ (ومثال على ذلك: الألم المُزمن) ولأنواع المرضِ (ومثال على ذلك: الخطر المهدد للحياة)، أَو لأمراض معيّنة (ومثال على ذلك: تصلب الأنسجة العضلية)؛ (٧) الفرضيات حول العوامل التي سبّبتْ المرض وما الذي سَيؤثّرُ على مساره ونتائجه؛ (٨) الإرث المتعدد الأجيال والقصص والمخطوطات التي تشكلُ المعتقدات الصحية لدى العائلةِ وأساليب الإستجابة للمرضِ؛ (٩) المعتقدات الثقافية والعرقية المتعلقة بالجنسَ حول الأدوارِ والسلوكاتِ المتوقّعةِ (McGoldrick Giordano, & Pearce,

1996؛ (١٠) والطقوس العائلية المتَعلّقَة بشكلٍ خاص بالشفاء والتعافي والموت والخسارات؛ (١١) ونقاط التحول المحورية المتَوقّعَة في دورات حياة المرضِ والأفراد والعائلةِ عندما سَتَكُونُ المعتقدات الصحية متوتّرة أَو تَحتاجُ للتغيير. ويَجِبُ أَنْ يَعتبرَ المختص الإكلينيكي ويهتم أيضاً بمدى الموائمة ما بينَ المعتقداتِ الصحيةِ ضمن العائلةِ وأنظمتها الفرعية المُخْتَلِفةِ (ويتضمن ذلك الزوج/ الشريك، والأطفال، والعائلة الممتدة) وبين العائلة ونظام الرعاية الصحية والثقافة الأوسع (Rolland, 1998, 1999).

وأيضاً، تؤكد الدراسات الواردة في الأدب النفسي على أنَ العِلاقاتُ العائليةُ تَبْدو متأثرةً بشدة بالمرضِ الوالديِ، ما يؤثر سلباً على الطفلِ نفسه وعلاقاته بأفراد أسرته، فقد وَجدَ **هيرش وموس وريشل** (Hirsch, Moos, & Reischl, 1985) أنَ المناخ الأسري الإيجابي إرتبطَ بالتوافق النفسي والاجتماعي الأفضلِ بين أطفالِ الآباءِ المصابين بالتهابات المفاصل. ففي دراسة نوعية لعينة تألفت من (ن= 87) طفلاً من أبناءِ الآباء المصابين بمرض عُضال (Christ et al., 1991)، أشارَ العديد مِنَ الأطفالِ إلى أنَ والديهم (كلا من المريض والسليم) بَدا غاضباً عصبياً وموزعاً ومُشتت الإنتباه وغير صبور، الأمر الذي يَقترحُ وجود البعضِ من التدهور في عِلاقاتِ الطفلِ مع الوالد. ويُشيرُ كريست وآخرون (Christ et al., 1991) أيضاً إلى أنَ "الطبيعة ونوعية علاقةِ الأطفالَ السابقةَ بكلا الوالدين تؤثرُ بدرجة دالّةٍ على ردودِ أفعالهم على التغييرات الحتمية في هذه العِلاقاتِ "(p. 423)؛ فالأطفال الذي كَانَ عِنْدَهُم أولياً علاقة وثيقة مَع والدِهم المريضِ وعلاقة بعيدة مَع والدهم الجيّد "شعروا في أغلب الأحيان بأنهم أصبحوا مهجورين ومتروكين خاصة ضمن العائلةِ" (p. 423). وقد وَجدت **ليدهام وميرويتز** (Leedham and Meyerowitz, 1999) ، أنَ العديد مِنْ الفتياتِ اللواتي نشأنَ على أيديِ الآباءِ المرضى تذكرنَ الصعوباتِ في علاقتِهم مَع والدهم الصحّي، ويتضمن ذلك المشاعرِ السلبيةِ نحو الوالدِ (الإستياء،

مشاعر البعد والمسافةِ) والمشاكل المتعلقة بسلوكِ هذا الوالدَ (ومثال على ذلك: كَانَ كثير المطالب أيضاً).

وفي مراجعة لتأثيراتِ المرض الوالدي على ممارسات الوالدية والعائلةِ، يؤكدُ **فولكنر وديفي** (Faulkner and Davey, 2002)، "بأنّ الطلباتِ أَو الإنشغالِ بالمعالجةِ بالمرضِ يُمْكِنُ أَنْ تجْعلَ الوالدَ غير متوفر جسدياً أَو عاطفياً إلى الطفلِ أَو المُراهقِ". عموماً، وُجِدَ أن المرض الوالدي يتسبّب في "الإنسحابِ الوالديِ، واللامبالاة، وعدم الموثوقية، العداوة، وسلوك الإجبارِ، التي تَرتبطُ بالتكيّفِ الضعيفِ والمعرقلِ للطفلِ على شكل المشكلات الإجتماعية والسلوكية، ومشاكل تقدير الذات" (Faulkner & Davey, 2002, p. 65).

من الناحية الأخرى، أظهرت الدراسات أنَ **الاتصال والتماسك** (Cohesion) العائلي المنخفض -وهو إشارة لوجود العِلاقات العائليةِ البعيدةِ عاطفياً بمستويات أكبر- ارتبطَ بمشاكلِ عاطفيةِ وسلوكيةِ عند أطفال الآباءِ المرضى بمرض مزمن (Huizinga, Van der Graaf, Visser, Dijkstra, & Hoekstra -Weebers, 2003). كما وَجدتْ **ستيل وفورهاند وآرمستيد** (Steele, Forehand and Armistead, 1997)، أنَ المشاكلَ في علاقةِ الأمِّ أَو الأبَّ بالطفلِ في أسر الآباء المرضى تنبأت باضطرابات المشاكلِ الداخلية كالاكتئاب والقلق، وأن المشاكلِ في علاقةِ الأمِّ بالطفلِ مقارنة بعلاقة الأب بالطفل أسهمت في تَفسير مستويات أكثر من التباين. ووَجدَ **لويس وداربي** (Lewis and Darby, 2003) أن النوعية المتدنية لعِلاقاتِ الطفلِ بالوالدِ قد ارتبطتْ بدرجة دالة بالمستويات الأدنى من تقدير الذات والمستويات الأعلى مِنَ القلقِ بين عيّنةٍ من المراهقين. وقد أكدَ **رومر وآخرون** (Romer et al., 2002) في مراجعتهم للأدب النفسي، أنه في العديد مِنَ دِراساتِ المرض الوالدي والأداء النفسي والاجتماعي للطفل "بَدتْ علاقة الطفلِ بالوالد الوصلةَ الرئيسيةَ لظهورِ الصعوبات النفسية والاجتماعية" (p. 32). وفي الحقيقة أن هذه

الدراسات تؤكد بمجملها أنَ المناخ الأسري والعِلاقاتِ الوالديةَ تَبْدو مهمةً خصوصاً فيما يتعلق بنتائج التوافق النفسي والاجتماعي لأبناءِ الآباء المرضى.

مشكلة الدراسة

من خلال عمل الباحثة في بنك الدم الإقليمي في الزرقاء التابع لوزارة الصحة وإطلاعها على الحالات المرضية التي تراجع البنك بما فيها الأمراض المزمنة والخطيرة كمرض السرطان والفشلِ الكلوي وعمليات القلبِ، تبيّن بعد سلسلة من المقابلات العرضية مع أسرِ هؤلاءِ المرضى من الأمهات بشكلٍ خاص ممن لديهن أطفال، أن هذه الأسر تتعرض للعديد من الضغوطات الأسريّة مرتفعة وشديدة الحدّة بسبب غياب الأمهات لفترات طويلة عن أسرهن لتلقي العلاج وتولي الأب وأحد الأبناء (وهي غالباً تكون إحدى البنات) لكافة المهام ولعدة أدوار قد يكون رعاية الأخوة الأصغرِ سناً جزءاً منها، وأحياناً قد يأخذن دور الأم بالكامل في تولي الأعباءِ المنزلية أيضاً، أو أن الأسرة أصبحت تعيش حالة من الفوضى لا يُعرف فيها من صاحب القرار. وقد لاحظت الباحثة أن مثل هذه الحالات بحاجة إلى دعم ومزيد من العمل الإرشادي لإيجاد الحلول المناسبة لهذه الأسر والفتيات منهن خاصة.

ولا يخفى أن العلاقات الأسرية والزوجية القوية والمتينة (التي تتعرض للكثيرِ من التهديد بعد تشخيصِ الأم بالمرض المزمن) وذلك قبل الإصابة بالأمراض المجهدة لدى الأمهات أو الآباءِ وخصوصاً مرض القلب والسرطان، تحول دون حدوثِ العديد من المشاكل الاجتماعية والنفسية لدى الأبناءِ في تلك الأسرِ، وتعمل كمانع ضد تأثيرات التوتر المرتبطة بحدث المرض المجهد للأسرة بأكملها. ونظراً لأن أكثر حالات الإصابة بالأمراضِ المزمنة كمرض السرطان مثلاً، تنتشر بين النساء في سن (٤٦) عاماً وأكثر، وأغلبهن من المتزوجات وذلك وفقاً لبيانات السجل الوطني للسرطان في الأردن (Jordan National Cancer Registry (JNCR) 2009)، فإن ذلك

يتوقع له أن ينعكس سلباً على الأسرة من حيث الوظائف الأسرية وديناميكية العلاقات وتنشئة الأطفال. وبما أن الوالدين والأمهات بشكل خاص يمثلن غالبية مقدمي الرعاية لأفراد الأسرة وحيث أن إصابة الأم بأمراض خطيرة كالقلب والسرطان تمثل مصدراً للقلق والتوتر الحاد داخلِ البيئة الأسرية وخارجها، ما يؤدي إلى تطوير ردود أفعال انفعالية سلبية محتملة لدى المريض والأبناءِ، وأن تلك الردود تتباين تبعاً للإجراءات الطبية المرتبطة بشدة الحالة المرضية ومدى استمراريتها ومستقبل الحالة وتأثيراتها على المناخ الأسري وما تلقيه بظلالها من آثار على مستقبل الأطفال ومستوى نموهم النفسي (خليل، ٢٠٠٦)، ونظراً للطبيعة الخاصة بمرحلة المراهقة ومطالبها، فإن مشكلة الدراسة تتمثل في فحص أثر المشاركة في برنامج إرشاد جمعي على عينة من الأبناءِ المراهقين من الإناث في الأعمارِ ما بين (١٢-١٤) سنة من الذين تعاني أمهاتهن من مرض مزمن وذلك في تحسين مؤشرات التوافق النفسي والاجتماعي لديهم. ويُستشهد هنا بقولِ الباحثين **غرابياك وبندَر وبوسكَار** (Grabiak, Bender, & Puskar, 2007)، بإنَ "المُراهقين الذين لديَهُمْ والد مريض بمرض خطير كالسرطانِ سيعانون من مستويات مرتفعة من التعاسة، وهذا الضِيقِ يجب أنْ يُعْرَفَ ويميز ويُتناول مِن قِبل الوالدِ المشخّصَ بالمرض وأفرادِ العائلة ومحترفي الرعاية الصحيةِ والجهاز العامل في المدارس "(p. 135).

ويبرز هذا الوضع أهمية المدرسة والجهاز الإرشادي العامل فيها لمساعدة هؤلاء الأبناء المعرضّين لخطر تطوير العديد من المشكلات ومظاهر سوء التوافق النفسي والاجتماعي المرتبطة بعرقلة عملية النمو الطبيعي لهم. ويتوقع أن تساهم هذه الدراسة في رفد المكتبة العربية بخبرات إرشادية تتعلق بمساعدة أسرِ الآباءِ المرضى، خاصة أن الدراسات والأبحاث العلمية في هذا المجال تعد قليلة نسبياً وقد تكون معدومة في المجتمع الأردني. وتتحدد مشكلة هذه الدراسة في

تقصي فاعلية أثر برنامج إرشاد جمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفال الأمهات المصابات بأمراض مزمنة. وبالتالي، تطرح السؤال الرئيسي للدراسة التالي:

- هل يوجد أثر لبرنامج الإرشاد الجمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي من خلالِ مؤشراته: تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسري لدى المراهقات اللواتي يعشن في أسرٍ بها أم مُصابة بمرض مزمن؟

فرضيات الدراسة

تسعى الدراسة إلى فحصِ الفرضياتِ الصفرية الثلاث التالية:

– **الفرضية الأولى:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$ ٠,٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية اللواتي طبق عليهن برنامج الإرشاد الجمعي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة اللواتي لم يطبق عليهن أي برنامج إرشادي، على مقاييس الدراسة الأربعة: تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسرِي في الاختبار البعدي.

– **الفرضية الثانية:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$ ٠,٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقاييس الدراسة الأربعة: تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسرِي في الاختبار القبلي، وبين متوسط درجاتهن في الاختبار البعدي على نفسِ المقاييسِ.

– **الفرضية الثالثة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$ ٠. ٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقاييس الدراسة الأربعة: تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسرِي في الاختبار البعدي، وبين متوسط درجاتهن في الاختبار التتبعي على نفسِ المقاييسِ.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أنها تفحص وتوفرِ نوعاً من التدخّلات الإرشادية المستندة أساساً للمنهج المعرفي السلوكي وخبرات التعليم النفسي المتمثلة ببرنامج الإرشاد الجمعي المصمم لغاياتِ الدراسة الحالية الأمر الذي قَدْ تضْمَن تعزيز مقومات تقدير الذات بالإضافة إلى تحسين مستويات القلقِ والاكتئاب وبالتالي المناخ الأسري بوجه عام عند المراهقين الذين يعيشون مأساة معاناة الأم من مرض مزمن. فالمجموعة الإرشادية ستَكُونُ مفيدةَ في مُسَاعَدَة المراهقين لكي يَتعلّموا إستراتيجياتَ التعامل الفعّالةِ، ويَتعرفوا ويَتعلّموا أكثرَ عن المرض، ويُميّزُوا ويحددوا مشاعرَهم ويتشاركون في خبراتهم المميزة والخاصة.

وتبرز أهمية الدراسة الحالية في توفير برنامج يتناول المجموعاتِ الإرشادية لأبناءِ الأمهات المصابات بمرض مزمن من اللواتي بدأنَ في عبورِ مرحلة المراهقة، كما يمكن أن تسهمَ في تطوير أدوات لقياس مدى درجة التوافق النفسي والاجتماعي لديهم، إضافة إلى ندرة الدراسات المحلية والعربية المتعلقة بتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفال الأمهات المصابات بمرض مزمن، ويمكن أن تستخدم هذه الدراسة بما فيها من أدوات ومواد وبرنامج لمساندة الأمهات المريضات على تحسين التوافق النفسي لدى أطفالهم.

وتكتسب هذه الدراسة أهميتها من كونها:

١- تحاول اختبار فعالية برنامج إرشاد جمعي يستند أساساً للمنهج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي في تحسين مستوى التوافق النفسي والاجتماعي عند عينة من أبناء المرضى من الأمهات، وفي إكسابهم مهارات للتعاملِ مع المواقف والأدوار الجديدة المترتبة على حدوث المرض، وذلكَ لدى عينة من الفتيات الأردنيات من سن (١٢-١٤) عاماً، من اللواتي يواجهن صعوبة بالغة في التوافق مع مطالب مرض الأم التي تؤثر على أدائهن الوظيفي النفسي والاجتماعي داخل أسرهن.

٢-تعتبر الدراسة إضافة للأدب النفسي الخاص بالإرشاد الأسري المتعلق باستخدام مفاهيم النظريات التطورية للفرد والأسرة (Carter & McGoldrick, 1989) ونموذج رولاند للمرض في الأنظمة العائلية (Rolland, 1994)، ونظرية التكيف والتوتر (Lazarus & Folkman, 1984)، ومنظور التكيف مع التوتر الأسري (Family Stress Adaptation Theory; McCubbin, & McCubbin, 1991)، ونظريات الأنظمة الأسرية (Family Systems; Bowen, 1978)، والتعليم النفسي (Psychoeducation)، كما تعد من الدراسات النادرة التي تطرقت لهذا الموضوع في مجال الإرشاد الأسري.

٣- تعتبر هذه الدراسة (في حدود علم الباحثة) الدراسة الأولى على المستوى المحلي، التي أجريت في مجال المجموعات الإرشادية المستندة إلى مناهج الإرشاد الأسري، التي تقصّت أثر برنامج إرشاد جمعي في معالجة مشكلات التوافق النفسي والاجتماعي المرتبطة بمرض الأمهات استناداً إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي ومن منظورِ نظريات الإرشاد الأسري وتحديداً الأنظمة الأسرية ونماذج المرض ضمنها.

أفراد الدراسة

تتألف عينة الدراسة من مجموعة من الطالبات من أبناءِ الأمهات المصابات بمرضٍ مزمن اللواتي تم اختيارهن بطريقة قصدية من مدارسِ الإناث في منطقة التربية والتعليم الأولى في مدينة الزرقاء. وتتكون العينة من اثنتي وثلاثين (٣٢) طالبة من اللواتي لديهن أمهات مصابات بمرض مزمن ويعانينَ من صعوبات في التوافق النفسي (تدني مستوى تقدير الذات وارتفاع مستوى القلق والاكتئاب، بالإضافة لمؤشرات صعوبة التوافق الاجتماعي المتمثل في الخلل في المناخ الأسري)، وقد توزعت عينة الطالبات إلى مجموعتين (٢) بحيث تضم المجموعة الأولى (ن=١٦) وهي التجريبية (تتعرض للتدخل الإرشادي) وتضم مجموعتين تضم كل منهما (٨) طالبات، والمجموعة

الثانية (ن=١٦) وهي الضابطة (لا تتعرض لأي تدخل إرشادي) وتضم مجموعتين تضم كل منهما (٨) طالبات.

مفاهيم الدراسة

يمكن تعريف مصطلحات الدراسة بشكل إجرائي على هذا النحو:

برنامج الإرشاد الجمعي: ويعّرف في الدراسة الحالية، بأنه عبارة عن برنامج الإرشاد الجمعي الذي قامت الباحثة بإعداده استناداً لنماذج علاج خاصة بأبناءِ المرضى من الأمهات والآباءِ (Stanko & Taub, 2002)، واستند إلى فنيّات الإرشاد الجمعي والعلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي ونظريات التوتر الأسري والمرض في الأنظمة الأسرية، واستخدمت فيه إستراتيجيات توضيح التصورات والمفاهيم الخاطئة (Bacon, Corr, & Corr, 1996)، والتزوّد ببيئة آمنة ومألوفة وثابتة لإبداء والتعبير عن المشاعر والشكوك والمخاوف والآمال (Bacon et al., 1996). وتركزَت محتوى مواضيع المجموعة حول توضيح الأفكار المغلوطة المتعلقة بمرض الأم ومعالجته، وتحسين التكيف مع الأدوارِ والمسؤولياتِ الجديدة، بينما تسهّل المجموعة عمليات الاتصال في الأسرة، وتدعم تحسين تقدير الذات والشعور بالتمكين والتمييز والتخفيف من مشاعر الحزن والقلق، وتعلّم مهارات التعامل والمواجهة لتحسين أعراض التعاسة (Bacon et al. , 1996).

تقدير الذات: وهو عبارة عن المكون التقييمي لمفهوم الذات (Rozenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995)، والكيفية التي يدرك بها الأشخاص ويشعرون تجاه أنفسهم وقيمتهم الذاتية بشكل عام وشامل. ويعرّف إجرائياً في الدراسة الحالية تبعاً للدرجة التي تحصل عليها الابنة على الأداة المستخدمة في الدراسة.

القلق: وهو عبارة عن حالة انفعالية يستدل عليها من مؤشرات العوامل الفسيولوجية والهموم/ والحساسية الزائدة؛ وضعف التركيز (Reynolds & Richmond, 2002)، وتعرّف إجرائياً تبعاً

للدرجة التي تسجلها الابنة بأسلوب التقدير الذاتي لمستويات القلق لديها التي تشير إلى مجموع الدرجات على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية.

الاكتئاب: ويمثّل سلسلة من الأعراضِ (Radloff, 1991) التي تَتضمّن المزاج المكتئب، والشعور بالذنب وعدم الأهمية واليأس وبالعجز والإعاقة النفس حركية واضطرابات النوم وفقدان الشهية (الذويب، ٢٠٠٦). ويعرّف إجرائياً تبعاً للدرجة التي تسجلها الابنة من أفراد عينة الدراسة بأسلوب التقدير الذاتي لمستويات الاكتئاب لديها على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية.

المناخ الأسري: ويعكس مستوى التوافق الاجتماعي لأحدِ أعضاء الأسرةِ والخلل الذي حدثَ في تأدية نظام الأسرة لوظائفه، ويمثّل الخصائص الاجتماعية البيئية لنظام العائلةِ فيما يتعلق بعمليات الاتصال المفتوح، التكيّف، السلطة ما بينَ الأجيال، واهتمام ما بينَ الأجيال بتلبية الحاجاتِ، التماسك العاطفي، والتماسك الإدراكي الدعم والانسجام والتماسك والتكيف وتعديل القواعد وفقاً للأوضاعِ الطارئة. ويقصد بالتكيف قدرة نظام الأسرة على تَغيير تركيبة سلطته وعِلاقات الأدوارِ وقوانين العلاقات، وذلك استجابة للموترات التطورية والموقفية أو بلغة أخرى قدرة الأسرة على المرونة والتغيّر، كما يعرّف التماسك بأنه مدى الترابط والمودة بين أفراد العائلة (Bjornberg & Nicholson, 2007). ويعرّف إجرائياً في الدراسة الحالية تبعاً للدرجة التي تحصل عليها الابنة على الأداة المستخدمة في الدراسة.

التوافق النفسي والاجتماعي: هي الدرجة الكلية التي تحصل عليها الابنة على مقاييس التوافق النفسي (تقدير الذات والقلق والاكتئاب) والاجتماعي (المناخ الأسري) وذلكَ على أدوات الدراسة الخاصة بهذه المتغيرات والتي استخدمت واستخرج لها دلالات صدق وثبات للمقياس على البيئة الأردنية.

أطفال الأمهات المصابات بمرض مزمن: هم عينة المراهقات اللواتي أصيبت أمهاتهن بمرض جسدي مزمن كالسرطان والقلب والسكري والكلى وتصلب الأنسجة المتعدد وذلك بحيث لا تتجاوز مدة المرض أقل من سنة – ثلاث سنوات خلالِ العامين الماضيين (٢٠١٢ و٢٠١٣) ومستقبل المرض لديهن لا يهدد بالوفاة.

المرض المُزمن: وهي حالة جسدية غير قابلة للشفاءِ (Kinzel, 1993, p. 124) ، يسببها وضع باثولوجي غير قابل للعكس والارتداد، والذي لا يُمْكن أنْ يُصحّحَ بالتدخّلِ الطبيِ ويُؤدّي في النهاية إلى حالةِ صحيةِ مُعَدَّلةِ مَع عجز طويل الأمد والذي لا يُمْكن أنْ يُعالجَ بسهولة (Miller, 1999)، ويُقصد به في الدراسة الحالية أمراض القلب والسكري والسرطان والكلى وتصلبِ الأنسجة المتعدد.

حدود الدراسة

تتحدد إمكانية تعميم نتائج الدراسة الحالية تبعاً للخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة المكونة من الطالبات اللواتي يدرسن في المدارِس الأساسية العليا التابعة لمديرية تربية الزرقاء الأولى، والتي اقتصرت على الطالبات الإناث من أبناء الأمهات المصابات بمرض جسدي مزمن، وبالفئة العمرية (١٢-١٤) سنة، ممن تبين أنَ يعانين من الصعوبات الانفعالية والاجتماعية التالية: تدني تقدير الذات وارتفاع القلق والاكتئاب، وانخفاض نوعية المناخ الأسري. وتتحدّد إمكانيّة تعميم نتائج الدّراسة الحاليّة أيضاً، بتصميمِ الدراسة بمجموعة ضابطة وتجريبية وقياسات قبلية وبعدية وتتبعية، وتبعاً للخصائص السّيكومتريّة للأدوات المستخدمة في الدّراسة، والتي استندت إلى أسلوب التّقرير الذّاتي بالإضافة إلى طبيعة وظروف تطبيق البرنامج الإرشادي المستخدم في الدّراسة الحاليّة والتي امتدت خلال الفترة الواقعة من (٢٠١٤/١/١٢- 2014/٢/٩).

الفصل الثاني

أولاً: الدراسات العربية والأجنبية التجريبية التي فحصت أثر برامج الإرشاد في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى المراهقين من أبناءِ الآباء والأمهات المُصابَين بمرض مزمن

ثانياً: الدراسات العربية والأجنبية التجريبية التي فحصت أثر برامج الإرشاد الجمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى المراهقين

ثالثاً: تلخيص وتعقيب على الدراسات السابقة

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

لقد تناولت البعض من الدراسات السابقة مشكلات الأبناء الوالدين المصابين بأمراض مزمنة، وركز معظمها عموماً على قضايا التوافق النفسي والاجتماعي لدى هؤلاء الأبناءِ من الأطفال أو المراهقين، ولدى عينات من الأسر التي بها والد مصاب بمرض مزمن وبشكلٍ خاص أمراض السرطان والفشل الكلوي التي حظيت باهتمام كبير، وبالرغم من ذلكَ، يكشف البحث والمراجعة الشاملة للأدب النفسي عن أنَ القليل فقط من هذه الدراسات سعت للتحقّق من أثر برامج الإرشاد الجمعي مع عينات من أبناء الأسر التي بها والد يعاني من أمراض مزمنة متنوعة بما فيها السرطان والكلى وأمراض القلب والسكري وتصلب الأنسجة المتعدد، وأنَ عددَ المنشوراتِ التي تَركز على التدخّلاتِ التي تستهدف مُسَاعَدَة الأبناءِ خلال إجهادِ الحياةِ مَع والد مريض بشكل مزمن ما زالَ محدوداً (Diareme, Tsiantis, Romer, Tsalamanios, Anasontzi, Paliokosta, & Kolaitis, 2007; Kuhne et al., 2012) . وتبين أيضاً، في حدود علمِ الباحثة، افتقار الأدب النفسي العربي للدراسات التي تطرّقت لفحص أثر برامج الإرشاد الجمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لأبناء هذه الأسر من المراهقين وخاصة على المستوى المحلي، وتحديداً، دور برامج الإرشاد الجمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي من خلالِ مؤشراته: تقدير الذات والقلق والاكتئاب بالإضافة للمناخِ الأسري لدى عينة من المراهقات اللواتي يعشن في أسرٍ بها أم مصابة بمرض مزمنٍ.

وبالتالي سيتم في هذا الفصل عرض لبعض الدراسات السابقة العربية والغربية التي تمكنت الباحثة من الوصول إليها والتي أجريت في مجال برامج الإرشاد الجمعي مع عينات من المراهقين من أبناء الأسر التي بها والد مصاب بمرض مزمن وأيضاً مع عينات الأطفال والمراهقين الذين

أظهروا صعوبات توافق نفسي واجتماعي بوجه عام، ومن ثم تلخيص وتعقيب على مجمل الدراسات السابقة تلك.

أولاً: الدراسات العربية والأجنبية التجريبية التي فحصت أثر برامج الإرشاد الجمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى المراهقين من أبناءِ الآباء والأمهات المُصابَين بأمراض مزمنة

لفحصِ فعالية برامج الإرشاد الجمعي مع أبناء الآباء المصابين بمرض السرطان، **أجرت مكارثي** (McCarthy, 1982) دراسةِ بعنوان "نموذج برنامجِ إرشاد جمعي لعلاجِ حالة وسمة القلق عندَ الأطفالِ الذي يعيشونَ تحت الإجهادِ"، بهدفِ تحديدِ ما إذا كَانَ استخدام نموذجِ لبرنامج إرشاد جمعي يستند للعلاج المعرفي السلوكي مع عينة (ن=7) من الأطفالِ بعمرِ تراوحَ من (9-14) سنة، الذين عِنْدَهُمْ والد مريض بالسرطانِ، يُمْكِنُ أَنْ يُخفّضَ الإجهادَ لديهم (عُرّفَ الإجهاد في الدراسة بأنه سمة القلق (كَيف تَشْعرُ عموماً) وحالة القلق (كيف تَشْعرُ الآن)، والذي قِيسَ باستعمال قائمتي القلقِ حالة-القلق: مقياس حالة القلق ومقياس سمة القلق). وقد استخدمت الباحثة التصميمَ الشبهَ تجريبي بمجموعة تجريبية واحدة فقط. وتم تنفيذ برنامج الإرشاد الجمعي الذي تضمن ستّة جلساتٍ على فترة امتدت لتسعة (9) أسابيع. وقد وضعت الباحثة بالتعاونِ مع فريق الأطباء في أحد مراكز علاجِ السرطان الشروط التالية لمشاركة الأطفالِ في البرنامج: (1)أن يَكُونوا من الأسرِ التي لديها والد مصاب بمرض السرطان، وأن يكونَ المرض قد شُخِصَ على الأقل منذ أسبوعين، وما زالَ الوالد على قيدِ الحياة، (2) أن لا يكون الأطفال مشخصين أو لديهم أي صعوبات عقلية أو تربوية، (3) و أن تتراوح أعمارهم ما بينَ 9 إلى 14 سنةِ. وكَانتْ أهداف البرنامج الإرشادي الذي استندَ لمنظور العلاج المعرفي السلوكي والعلاجِ باللعبِ، أَنْ يُساعدَ الأطفالَ على التمييز َوالاعتراف و التعبيرِ والَتعاملِ مع عواطفهم وعواطفِ آبائِهم بشكل بنّاء؛ وأن

ينجحوا في تطوّير مهارات الاتصالِ الخاصة بالتعامل مع المواقفِ الصعبةِ؛ وأن يَستكشفُوا قيمهم وفرضياتهم وقِيَم وفرضيات الآخرين حول القضايا المتعلقة بمرض السرطانِ والخساراتِ المرتبطة بالمرضِ؛ وأن يَتعلّموا طريقة الاسترخاء التي عن طريقها يُمْكِنُهم أَنْ يَدْمجوها في حياتِهم اليوميةِ. وأشارت النتائج إلّى وجودِ فروق دالة بين القياسين القبلي والبعدي على مقياسي حالة وسمة القلقِ ما يشير لفائدة البرنامج التدخلي.

وقامَ **روثرام-بورس وميرفي، وميلير، ودريمين** (Rotheram-Borus, Murphy, Miller, and Draimin, 1997)، بإجراء دراسة بعنوان" تدخّل للمُراهقين الذين يعيشون مع آبائِهم المرضى بالإيدز"، من خلالِ تصميم وتقييم برنامج إرشادِ جمعي يستند لمبادئ العلاج المعرفي السلوكي للمُراهقين لتَحْسين نتائجِ الصحةِ السلوكيةِ والنفسيةِ بين المُراهقين وآبائِهم من المرضى بالإيدز. وتم توزيع عينة الآباء المرضى (ن=307) وأطفالهم المراهقون (ن=412) بشكل عشوائي إلى تدخّلِ معرفي سلوكي مركّزِ(المجموعة التجريبية) أَو العنايةِ القياسية (المجموعة الضابطة). وقد قيّم المشاركون في القياسات القبلية والبعدية على مقاييس تقدير الذات والقلق والاكتئاب والتوتر والموترات المتعلّقة بالعائلة وسلوكِ المشكلةِ المتعدّدِ كما قُيّمَ خمسة وتسعون بالمائة (95%) مِنْ المشاركين في القياس التتبعي مرّة ثانية سنوياً على مدى سنتين. وأشارت النتائج إلى أن المُراهقين في مجموعة التدخّلِ المركّزِ مقارنة بالمُراهقين في المجموعة الضابطة، أبلغوا عن مستويات أدنى بشكل دالّ إحصائياً على مقاييس القلق والاكتئاب والضِيقِ العاطفيِ، والموترات المتعلّقة بالعائلة وسلوكِ المشكلةِ المتعدّد ِومشاكلِ التصرّفِ، ومستويات أعلى مِنْ تقدير الذات في القياسات البعدية والتتبعية.

وقامت ستانكو وتوب (Stanko and Taub, 2002) بتصميم وفحص صلاحية المبادئ التوجيهية لمجموعة الإرشاد الجمعي بالعلاج المعرفي السلوكي لأطفال مرضى السرطان في المدارس الابتدائية وذلك كمجموعة تعليم نفسي لتحسين مستويات تقدير الذات والتوتر، وتكون البرنامج من عشر (10) جلسات أسبوعية أَو نصف أسبوعية امتدت لمدة نصفِ ساعة لتتناسب مع الحصص الصفية. واشتملت مواضيع والتدخلات الإرشادية على تعلم التمييز بين الأفكار والمشاعر والاتصال مع الآخرين وتحديد المشاعر ومهارات وإستراتيجياتِ المواجهة الملائمةِ للتعامل مع المشاعر وصنع "لحظات سعادة"، والتعلم عن السرطان وعن خبرات المستشفى والتغييرات في الأسرة وعن مهارات تعامل الطفل بسبب مرض الوالد. وقد استخدمت الباحثتان لفحص النتائج الفورية والنهائية كلاً من **الأسئلةِ العمليةِ** المستمدة مِنْ المهاراتِ والتكنيكاتِ للعمل الجمعي مَع الأطفالِ والمُراهقين (Smead, 1995, pp. 163-164)، ومقياس التحقق من المشاعر المؤلف من (1 إلى 10) درجات لفحص المشاعر اليومية عند الأطفال. وأشارت النتائج إلى أن التجربة مع هذه المجموعة كانت إيجابية للغاية فقد أيدَ المعلمون أن وجود أعضاء المجموعة في بيئة آمنة حيث يمكنهم مناقشة موضوع المرض الوالدي وكذلك مشاعرهم ساعدت الطلاب بشكل كبير في تعديل سلوكاتهم الصفية والتخفيف من مستوى توترهم المتعلق بالضغوط التي يواجهونها في البيت وعزوف الناس بشكل عام عن مناقشة مرض الآباء بالسرطان. وأيدَ الأطفال أنَ المجموعة كانت بمثابة مصدر دعم لبعضهم البعض.

وقيّمت هذه المراجعة (Wethington et al., 2008) التدخّلات الشائعة الاستخدام لتخفيض الأذى النفسي بين الأطفال والمراهقين ممن تراوحت أعمارهم من 10–21 سنة وأقل الذين تعرّضوا إلى الأحداثِ الأسرية المؤلمة، ممن تعرضوا لأحداثٍ متعمّدة/ غير مقصودة، أو صناعية/ وأحداث طبيعية مؤلمة. وتضمنت التدخّلات المقيّمة السبعة (7) مناهج العلاج المعرفي السلوكي

الفردي والجمّعي، والعلاج باللعب، والعلاج بالفنّ، والعلاج السيكوديناميكي، وعلاج الأدوية للأطفال والمراهقين الذين أبلغوا عن الأعراض النفسية. كانت مقاييس المتغيرات التابعة: قوائم الاضطرابات الاكتئابية والقلق واضطراب إجهاد ما بعدَ الصدمة، والاضطرابات الموجهة للداخل والموجهة للخارج. وقد أظهرت النتائج أنَ العلاج المعرفي السلوكي الفردي والجمعي يمكن أن ينقص الأذى النفسي بين الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لمآسي أسرية وطبيعية. في حين لم تسجل بقية النماذج العلاجية الدليل الكافي لتقرير فعاليتها العلاجية.

وقامت **سلفرمان وزملاؤها** (Silverman et al., 2008)، بإجراءِ دراسة لمراجعة المكانة الحالية (1993−2007) لبرامجِ العلاج النفسي الاجتماعي للأطفال والمراهقين الذي تعرّضوا لأحداث مؤلمة ومنها المرض الوالدي، من خلالِ تقييم واحد وعشرين (21) دراسة استخدم فيها برنامج علاجي لهذه الفئة السكانية. وأشارت النتائج إلى أن العلاج **المعرفي السلوكي المتمركز على الصدمة** حققَ شروط المعايير الراسخة؛ في حين تبين أنَ العلاج المعرفي السلوكي الجمعي المستند لبيئة المدرسة حقق المعايير المحتمل أن تكون فعّالة. وصنّفت جميع أنواع المعالجة الأخرى إمّا بأنها فعّالة نوعاً ما أو ما زالت تجريبية. وأوضحت نتائج ما بعد التحليل لأربع نتائج (اضطراب إجهاد ما بعد الصدمة، الأعراض الاكتئابية، أعراض القلق، واضطرابات المشاكل السلوكية) عبر جميع أنواع المعالجة مقارنة بالمجموعات الضابطة، أنَه في المتوسط، كانت المعالجة ذات أثر إيجابي، ومع ذلك كانت التأثيرات على كلّ النتائج الأربعة معتدلة.

وأجرت هويزنغا (Huizenga, 2011) دراسة بعنوان "تدخلات الكتابة التعبيرية للمراهقين الذين لديهم آباء مصابين بمرضِ السرطان"، لاستكشاف كفاءة ودور فنيات التعبيرِ العاطفي في كتاباتِ المراهقينِ من أبناءِ الآباءِ المصابين بمرض السرطانِ في التقليلِ من صعوبات التوافق

النفسي لديهم. وتراوحت أعمار المشاركين (ن=40) مراهقاً ومراهقة من (12-18) سنة. والذين توزعوا بشكل عشوائي على مجموعة مؤلفة من ثلاث (3) جلساتِ للكِتابَة حول أفكارهم ومشاعرهم بخصوص مرض آبائهم تبعاً لتوجهِ المشاركين الزمني (وبمعنى آخر، الفترة التي كانت تستند إليها أغلبيةَ تصوّراتِ المشاركين عن الواقع) (المجموعة التجريبية)، أَو حسب ما يقومون به لإدارة وقتهم (المجموعة الضابطةِ الحقيقةِ). وتم في القياس القبلي والبعدي تقييم متغيرات الصحة الجسمية (زيارات الطبيبِ، الغياب عن المدرسةِ، الأعراض الجسمية) ومتغيّرات الصحةِ النفسيةِ (سلوك مشكلات الاضطرابات الموجهة للداخل وإلى الخارج، والقلق والاكتئاب، والعاطفة الإيجابية، والعاطفة السلبية، ومهارات المواجهة وأعراض النضج ما بعد الحدث المؤلمَ).

وأشارَت نَتائِج تحليل التغايرِ في القياسات البعدية لوجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وتبينَ أنَ المشاركة في المجموعة التجريبية ارتبطَت بدرجة دالة بالتناقص في المشاعر السلبيةِ، وأعراضِ الاكتئاب، ومهارات المواجهة التجنبية السلوكية، وأعراض القلقِ والمشاكل الموجهة للداخل المُخْبَر عَنْها عن طريق الوالدَ، وتنَاقص الغيابات عن المدرسة والزياداتِ في استخدام مهارات المواجهة المتمركزة على المشكلة والنضج بعد الحدث المؤلم. وتوضّحُ هذه الدراسة الفوائد الصحيّةَ المرتبطة بالكتابة المستندة للكشفِ العاطفي عن الذات وعدم الكبح الفسيولوجي كتدخّلات للمُراهقِين من أطفال الآباء المرضى.

ثانياً: الدراسات العربية والأجنبية التجريبية التي فحصت أثر برامج الإرشاد الجمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى المراهقين

هدفت دراسة عبده (١٩٩١) للكشفِ عن فاعلية برنامج إرشاد جمعي في رفع تقدير الذات وتقوية مصادر الضبط الداخلي لدى طالبات المراهقة المتوسطة، واشتملت العينة على (٣٠)

ثلاثين طالبة أبلغنَ عن تدني تقدير الذات وارتفاع مستويات الضبط الخارجي لديهن، وتم توزيعهن عشوائياً على المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية. وإشتملَ برنامج الإرشاد الجمعي على استراتيجيات تدريبية هي إصدار التعليمات، والتغذية الراجعة، وتكرار السلوك، والتعزيز الاجتماعي، والتعزيز الذاتي، ولعب الدور، وضبط الوقت، واستبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار عقلانية، والواجبات البيتية. أشارت نتائج تحليل التباين لمعرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياسي الدراسة في القياسِ البعدي، إلى أن برنامج الإرشاد الجمعي أسهمَ بدرجة دالة في رفع تقدير الذات، وتقوية مصادر الضبط الداخلي وتعديلِ توجهات الضبط الخارجي لدى طالبات مرحلة المراهقة المتوسطة.

وسعت الزواوي (١٩٩٢) إلى الكشف عن أثر الإرشاد الجمعي للتدريب على حل المشكلات في خفض التوتر، وقد تألفت عينة الدراسة من (٦٣) طالبة في الصف العاشر في مدينة عمان تم اختيارهن عشوائياً، ومن ثم تم تقسيمهن إلى مجموعتين: ضابطة لم تتلق أي تدريب ومجموعة تجريبية تلقت تدريباً على مهارات حل المشكلات حسب النموذج الذي قدمه ديكسون وغلوفر (Dixon and Glover, 1984)، وقد تكون البرنامج الإرشادي من ثماني جلسات مدة الجلسة ستين (60) دقيقة وامتد البرنامج خمسة أسابيع، وتضمن البرنامج المهارات التالية: توليد البدائل، اتخاذ القرار، تحديد المشكلة، اختيار الهدف، اختيار الإستراتيجية، تنفيذ الإستراتيجية، واستخدم للقياس قائمة التوتر وقائمة حل المشكلات، وبينت النتائج أن المجموعة التجريبية تفوقت على المجموعة الضابطة في مهارة حل المشكلات، ولكن لم يكن البرنامج فعالاً في خفض التوتر، وقد فسرت الباحثة ذلك بسبب التدريب قصير المدى على مهارة حل المشكلات.

وأجرى غتمان (Guttman, 1993)، دراسة بعنوان "تَقييم تأثير برنامج إرشاد جمعي لمجموعة صغيرة في المرحلة الابتدائية على المكوّنات المُخْتَلِفة مِنْ تقدير الذات والسلوكات ذات العلاقة به". هدفت الدراسةُ إلى تقييم تأثيراتِ المشاركة في مجموعة إرشادية صغيرةِ العدد على الأبعاد المُخْتَلِفةِ مِنْ تقدير الذات، وسلوكِ الطالبِ المرتبط بتقدير الذات، والسلوكات الأخرى ذات العلاقة، لدى عينة من الأطفالِ في الصفوف الثالث والرابع والخامس والسادس في المرحلة الإبتدائيةِ في إحدى المدارس الحكوميّة في جنوبِ كاليفورنيا، والذين تم تحويلهم إلى البرنامجِ الإرشادي ومدته ثمانية أسابيعِ مِن قِبل معلميهم. واستخدمتْ الدراسةُ تصميم شبه تجريبي بقياسات قبلية وبعدية. تم توزيع عينة الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين تجريبيةِ (برنامج إرشاد جمعي للأنشطة الموجهة) أو ضابطة (برنامج وجبة الغداءِ المجّانيِ). وأشارت نَتائِج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالّة إحصائياً بين المجموعة التجريبيةِ والضابطة في الدرجة الكلية في القياسِ البعدي على مقياس تقدير الذات، مع أن الدرجات الكليّة لأفراد المجموعة التجريبية على المقياس كَانتْ أعلى تقريباً بنسبة عشرين بالمائة مِنْ المجموعة الضابطةِ. كما تبيّن أن الأطفال في برنامجِ الغداءِ المجّانيِ (المجموعة الضابطة) أحرزوا درجات أعلى جداً وبفروق دالّة إحصائياً على مقياس الإنسحابِ المفرطِ مقارنة بأفراد المجموعة التجريبية.

وقامت وَانغ (Wang, 1997) بدراسة في الصين لفحصِ تأثيراتَ برنامج للتعليمِ النفسي امتدَ لمدة (١٦) جلسة علاج جمعي أسبوعية، على التقليلِ من مشكلات الصحةِ النفسيةِ لدى عينة من طلابِ المدرسةِ في المرحلة المتوسّطة الذين بلغَ متوسط أعمارهم (١٤) عاماً، وأكملَ المشاركون مقاييس الأعراض ذات العلاقة بالشخصيةِ والصعوباتِ النفسيةِ في القياسات القبلية والبعدية بَعد انتهاءِ البرنامج. وقد تضمنَ البرنامج مواضيع المكوّنات النفسية والعاطفية للشخصية، مصادر المواجهة، والتَعَلّم الأكاديمي، والعلاقات مَع الأقرانِ. وأشارت النتائج إلى أنَ إكمالِ جلسات

البرنامج أدى وبدرجة دالة إحصائياً لإنقاص العديد مِنَ الأعراضِ النفسيةِ، التي تضمّنت الأفكار والسلوكات الإستحواذية الإلزامية، والحسّاسية الشخصية، والقلق والهم المفرط، والأفكار والسلوكات المؤشرة على الاضطرابات العقلية العامة.

وقامَت المزاهرة (2001) بإجراء دراسة بعنوان" أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض العزلة وزيادة السلوك الاجتماعي لدى عينة خاصة من المراهقات" وذلكَ لدى عينة (ن=60) من الطالبات ممن تراوحت أعمارهن من (13−16) عاماً، اللواتي تمَ توزيعهن عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين: التجريبية (ن=30) والضابطة (ن=30) طالبة، ثم قسمت المجموعة التجريبية والضابطة إلى مجموعتين حسب الفئة العمرية حسب الفئة العمرية (من 12−13) ومن (14−16) عاماَ، تألفت كل مجموعة من (15) طالبة، وقد تلقت المجموعة التجريبية برنامج إرشاد جمعي للتدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلاني العاطفي، وتلقت المجموعة الضابطة برنامج للتدريب على الأنشطة الرياضية، وامتدَ البرنامج الإرشادي لمدة (12) جلسة على مدى شهرين. وقد أظهرت النتائج وجود أثر للبرنامج الإرشادي في خفض العزلة وزيادة السلوك الاجتماعي لدى أفراد العينة التجريبية، كما تبينَ عدم وجود تفاعل دالّ إحصائياً بين العمر الزمني والمجموعة الإرشادية فيما يتعلق بالعزلة والسلوك الاجتماعي ما يشير إلى أنَ فعالية البرنامج الإرشادي لا تتأثر بالعمر الزمني.

وأجرت غاينور ولورانس (Gaynor and Lawrence, 2002)، دراسة لفَحصِ تأثيرات المعالجةِ المزدوجة التي دمجت التعليم النفسي المعرفي السلوكي مَع العلاجِ الذي يركز على التفاعلاتِ ما بينَ الشخصيةِ. واشتملت العيّنة على (١٣) مراهقاً بعمر (١٨) سنةً الذين انطبقت عليهم معاييرُ اضطراب الاكتئاب في القياسِ القبلي. أشارت نتائج المقارنات ما بين القياس القبلي والبعدي لوجود فروق دالة على مقياسِ الاكتئابِ لدى مجموعة العلاج بالتعليم النفسي وعلاج

التفاعلات الشخصية، كما تبينَ أنَ هذه النَتائجِ الإيجابية حوفظَ عليها عند المُراهقين في قياسِ المتابعة بعد مرورِ ثلاثة شهور.

وفحصت دراسة ويلز وميلر وتوبايك وكلانتون (Wells, Miller, Tobacyk and Clanton, 2002)، تأثير برنامج للتعليم النفسي على تحسينِ تقديرِ الذات عند المراهقِين وتخَفِّيضِ خطر تْرِكَ المدرسة الثانوية. وتكونت العيّنة من (٨٠) ثمانين مراهقاً ممن تراوحت أعمارهم من (١٤ إلى ١٦) سنةً. وَجدتْ الدراسةُ أن برنامج التعليم النفسي المكون من (٨) جلسات حَسّنَ بدرجة دالة من مستويات تقديرِ الذات عند المراهق وأنَقصَ نِسَب الخروجِ من المدرسة. كما وَجدتْ الدراسةُ بِأَنَّ هذه التحسيناتِ في تقديرِ الذات تُؤدّي إلى التحسينات اللاحقة في المناطقِ الأخرى مِنْ الصحةِ النفسيةِ بما في ذلكَ القلق والاكتئابِ.

وأجرت وايات (Wyatt, 2002) دراسة بعنوان " تقييم لبرنامج ما بعد المدرسة في معالجة الأطفال المصابين بإضطرابات عاطفية وسلوكيّة" ، لفحص كفاءة برنامج أنشطة متنوعة في فترة ما بعد المدرسة لقياس التغيرات السّلوكيّة لدى الأطفال في المرحلة الأساسيّة، الذين يعانون من الاضطرابات العاطفية والسلوكيّة. تألفت عينة الدراسة من (45) خمس وأربعين طفلاً وطفلة ممن تم تشخيصهم بالاضطرابات العاطفيّة والسلوكية، تراوحت أعمارهم من (6–12) سنة، بمتوسط عمري وانحراف معياري (م =8.82؛ ع=1.91). تم توزيع أفراد العينة إلى مجموعتين: مجموعة المعالجة التجريبية، والتي ضمت (16) طفلاً، و(4) أربعة من الأطفال الإناث، (54%) منهم ينتمون لأسر أحادية الوالد (الأم فقط)؛ ومجموعة المقارنةِ الضابطة (ن=25)، والتي ضمت (19) طفلاً، و(6) ستة من الأطفال الإناث، (33%) منهم ينتمون لأسر أحادية الوالد (الأم فقط). تعرّض الأطفال في مجموعة المعالجة التجريبية (ن=20)، إلى برنامجٍ نهاري بعدَ الدوام المدرسي، لمدة خمسة أيامِ بالأسبوع و/ أَو إلى برنامج نهاري كامل أثناء الصيفِ؛ وبلغ متوسط طول مدة

المعالجةِ تقريباً (6) ستة أشهر. استندت البيانات التي تم تحليلها في القياسات القبلية والبعدية إلى تقارير الآباء عن الأبناء من خلال الإجابة على سبعة مقاييس (النشاط الزائد، العدوان، ضبط الدوافع، التعاطف، السلوك المرغوب اجتماعياً ، وحدة الطبع والطيشن، التفاعلات مع الوالدين)، وإلى تقارير المعلمين والباحثة المعالجة على المقاييس الخمسة الأولى. أظهرت نتائج الإجراءاتِ المتكرّرةَ لتحليلات التباين المشترك (ANCOVAs)، للمقارنات بينَ المجموعتين في القياسِ البعدي، أنّ متوسط درجات الأطفال في المجموعة التجريبيّة مقارنة بالمجموعة الضابطة، قد تناقصت بدرجة دالّة إحصائياً بدرجة أكبر، على مقياس تفاعلاتِ الطفلِ مع الوالد؛ وأن الأطفال الذكور في مجموعةِ المعالجةِ التجريبيّة مقارنة بالأطفال الذكور في المجموعة الضابطة، انخفضت تقديراتهم بدرجة أكثرَ على مقاييس حدة الطبع والطيشِ، وارتفعت بدرجة أكثر على مقياس التعاطفِ.

وأجرت العطية (٢٠٠٢) دراسة بعنوان "فاعلية برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض اضطرابات القلق الشائعة لدى عينة من الأطفال بدولة قطر"، وتكونت عينة الدراسة من (٤٠) طفلة من المدارس الابتدائية بمدينة الدوحة بدولة قطر ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٩–١٢) سنة وتم اختبار (٤٠) طالبة ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقاييس اضطرابات القلق: مقياس القلق ومقياس رسم الرجل ومقياس تفهم الموضوع للأطفال Children's Apperception Test (CAT)، المستخدمة بالدراسة حيث تم تقسيم العينة لمجموعتين عدد كل منها (٢٠) طالباً، وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة على مقاييس القلق واختبار رسم الرجل بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي والتتبعي بعد مرورِ شهر.

وقام هنديّة (2003) بإجراء دراسة بعنوان "مدى فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال"، وأيضاً في تحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية. وسعى

الباحث للكشف عن فاعلية برنامجي إرشاد جمعي، يستند الأول إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي، باستخدام فنيات بيك (Beck) في العلاج المعرفي؛ ويستند الثاني إلى منهج إليس (Ellis) في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية، وخفض الأفكار اللاعقلانية واليأس لدى عينة من الأطفال. تألفت عينة الدراسة من (30) ثلاثين طفلاً من الذكور والإناث، في المرحلة العمرية من (11– 15) سنة من المترددين على العيادة الخارجية لمركز الطب النفسي في مستشفى جامعة عين شمس، ممّن يعانون من الاكتئاب وفقاً للتشخيص الطبي والنفسي، وتمّ تقسيمهم إلى (3) ثلاث مجموعات: مجموعة تجريبية أولى وثانية، ومجموعة ضابطة. ولتحقيق هدف الدّراسة تم في القياسات القبلية والبعدية استخدام الأدوات الآتية: القائمة العربيّة لإكتئاب الأطفال؛ مقياس تقدير الذات للأطفال؛ مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال، وجدول الأنشطة والأحداث السارة، ومقياس الأفكار اللاعقلانية ومقياس اليأس للأطفال من إعداد الباحث. تمّ تطبيق كل من البرنامجين المعرفي والعقلاني الانفعالي السلوكي خلال (15) خمسة عشرة جلسة إرشاد جمعي، بواقع (2) جلستين أسبوعياً، ومدة الجلسة (1) ساعة واحدة، واستخدمت الفنيات التالية في برنامج الإرشاد المعرفي: إعادة التقييم المعرفي والتدريب المعرفي ولعب الدور؛ كما استخدمت الفنيات التالية في البرنامج الإرشادي الآخر: النمذجة، والدّحض والمناقضة، والاسترخاء، ونموذج (ABC). توصلت نتائج الدراسة في القياسِ البعدي إلى أنَ البرنامجين الإرشاديين برهنا عن فاعليتهما في التقليل من حدة الاكتئاب وتحسين مستويات تقدير الذات والمهارات الإجتماعية لدى كلٍ من المجموعة الأولى التي تلقت العلاج المعرفي والمجموعة الثانية التي تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

وسعت غيث (2004) لتطوير برنامج توجيه جمعي في التربية العقلانية الانفعالية يستند إلى العلاج العقلاني الانفعالي وقياس آثاره على التفكير العقلاني ومركز الضبط والتكيف النفسي

لدى عينة من طلبة الصف التاسع المسجلين في المدارسِ الأردنية. تألفت عينة الدراسة من (282) طالباً وطالبة تم اختيارهم ووزعوا عشوائياً إلى المجموعة التجريبية والضابطة. استخدمت في هذه الدراسة ثلاثة مقاييس لقياس المتغيرات التابعة وهي: مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية، ومقياس مركز الضبط الداخلي والخارجي، ومقياس التكيف النفسي. والتي تم تطبيقها على المجموعتين التجريبية والضابطة ثلاث مرات في القياس القبلي وفي القياس البعدي بعد انتهاء البرنامج، وفي قياس المتابعة بعد شهر من انتهاء البرنامج. وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسِ البعدي في مستوى الأفكار العقلانية ووجهة مركز الضبط والتكيف النفسي، كما أشارت نتائج مقارنات القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية إلى عدمِ وجود فروق دالة بين القياسين على مقاييس الدراسة.

وقامَ هايز ومورغَان (Hayes and Morgan, 2005) بإجراءِ دراسة لتقييمِ برنامج تعامل المراهقين مع الإجهاد مع عيّنة تألفت منْ (٧٠٦) من صغارِ المُراهِقين الذين عرّفوا أنفسهم بأنهم يوَاجَهَون صعوباتِ متنوعة وأنهم بحاجةِ للمساعدةِ تحديداً في مهارات التعامل والمواجهة. وقد استخدمَ الباحثان برنامجاً للتعليم النفسي "مساعدة المراهقين لكي يتعاملوا مع الصعوبات وتحملِ الإجهاد" لعينة تكونت من (١١٢) مراهق بلغت أعمارهم أقل من (١٣) سنة. وقد روقبَ وقُيّمَ تقدّم المشاركين باستعمال الإجراءات والمقاييس النوعية والكمّية. وقد تبينَ أن برنامج التعليم النفسي أسهم بدرجة دالة في التقليل من مستوى الاكتئاب عند المشاركين في القياس البعدي فقط وليسَ التتبعي، وفي تَخفيض اعتمادِهم على استراتيجيات التعامل غير المنتجة وعموماً في مُسَاعَدَتهم على التعامل مع الإجهاد الذي استمر الاحتفاظ بها في القياسين البعدي والتتبعي بعد ٦ شهور.

وأجرت الشريف (٢٠٠٦) دراسة للتعرف على أثر برنامج توجيه جمعي لتعديل التشويهات المعرفية في خفض الاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، حيث تكونت عينة الدراسة من أربع شعب تم اختيارها بطريقة عشوائية من مجتمع الدراسة المكون من جميع طالبات المرحلتين الأساسية والثانوية في مدرسة إسكان ياجوز، حيث قُسَمت العينة إلى مجموعتين تجريبيتين ومجموعتين ضابطتين. ولتحقيق هدف هذه الدراسة استخدمت قائمة بيك (Beck) للاكتئاب ومقياس التكيف النفسي الذي طور من قبل جبريل ١٩٩٤. وتكون البرنامج الجمعي من ١٢ جلسة إرشادية وبلغت مدة الجلسة (٥٥) دقيقة للمرحلة الثانوية و(٤٥) دقيقة للمرحلة الأساسية، وتم خلال البرنامج تدريب الطالبات على مهارات معرفية وسلوكية لتعديل الأفكار اللاعقلانية والمشوهة. وأظهرت النتائج في القياس البعدي الأثر الإيجابي البرنامج على أفراد المجموعة الأولى من طلبة المرحلة الثانوية في التقليلِ من الاكتئابِ، وعدم ظهور أثر إيجابي على الدرجة الكلية لمقياس التكيف، أما في المرحلة الأساسية أظهرت النتائج وجود أثر إيجابي للبرنامج على كلٍ من الاكتئاب والدرجة الكلية للتكيف النفسي ببعديه الشخصي والاجتماعي، ولم يكن البرنامج فعالاً على البعدين الانفعالي والأسري.

وأجرى كَانا (Canna, 2006) دراسة بعنوان"التقييم المضبوط لتأثيراتِ الكتابة التعبيريةِ على العلاج الجمعي المعرفي السلوكي اللاحقِ مع عيّنة من القلقين والمكتئبين"، بهدفِ التحقق من فاعلية استخدام فنية الكتابة التعبيرية المدموجة بالعلاج المعرفي السلوكي مع مجموعة غير متجانسة من المستويات والأنواع المختلفة من أعراض القلق والاكتئاب. وقد تكونت عينة الدراسة من ستين (60) فرداً يعانون من اضطراب في المزاج أو القلق. لتحقيق هدف الدراسة استخدمت مقاييس مؤشر الشدة العالمي. وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة على مقاييسِ القلق والاكتئابِ في القياس البعدي مقارنة بالقبلي، ولكن تبينَ أنَ تدخل الكتابة التعبيرية لم يحسّن النتائج.

وقامت بيرن (Byrne, 2008) بإجراء دراسة بعنوان " أثر استخدام برنامج إرشاد جمعي على الاضطرابات العاطفية والسلوكية لدى الأطفال، باستخدام منهج المشاركة في وضعِ الأهداف (Participation Goal- Setting [PGS])، ومنهج التدريب على مهارات استبدال العدوان (Aggression Replacement Training [ART]) ". تألفت عينة الدراسة من (35) خمسة وثلاثين طالباً يعانون من الاضطرابات العاطفية والسلوكية (EBDs)، تم اختيارهم من أربعة مدارس للمرحلة الدراسية المتوسطة، وتم توزيع أفراد العينة إلى (4) أربعة مجموعات، مجموعتان تلقتا برنامج (ART) فقط، ومجموعتان تلقتا برنامج يجمع ما بين أسلوبي (ART and PGS)، وتم تطبيق البرامج على كلتا المجموعتين بشكل منفصل تماماً. وتم بعدها تطبيق استبيان لتقييم السلوك الشخصي وضبط المشاعر كما تم إجراء تقييم لرأي المعلمين ومدى مشاركة الطلبة في البرنامج من خلال تحديد هدف معين لكل أسبوع، إما هدف دراسي أو هدف سلوكي، ومراقبة مدى استجابة الطلبة لتحقيقه وقياس النتائج. وبعد انتهاء مدة البرنامج وإجراء تقييم لنتائج كلا المجموعتين في القياسِ البعدي، أظهرت النتائج أن المجموعتين اللتين تلقتا البرنامج الذي دمج بين كلا الأسلوبين (PGS) (ART)، مقارنة بالمجموعتين اللتين تلقتا برنامج (ART) فقط، برهنت على وجود أثر دالّ أكبر للبرنامج في التقليل من الاضطرابات العاطفية والسلوكية، كما أسهم هذا البرنامج المندمج في تحسين النتائج السلوكية والأكاديمية بصورة إيجابية، وفي زيادة قدرة الطلبة على تحمل المسؤولية تجاه أدائهم الدراسي وتصرفاتهم.

وسعت دراسة العمري (2008) بعنوان "فاعلية برنامج إرشاد جمعي في التقليل من الآثار الانفعالية والسلوكية للتعرض لمشاهدة العنف بين الوالدين"، لفحص كفاءة برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في التقليل من آثار التعرّض لمشاهدة العنف الأسري لدى عينة من طالبات الصف الرابع والخامس الابتدائي في محافظة الزرقاء. تألفت عينة الدراسة من (15) خمسة عشر طالبة

ممن سجلّن درجات مرتفعة على مقياس العنف الأسري، وتم توزيعهن عشوائياً إلى مجموعتين: تجريبية (ن = 8)، وضابطة (ن=7). وقد تم التحقق من تكافؤ المجموعتين في القياس القبلي على مقاييس القلق والاكتئاب والسلوك العدواني والنية العدائية. تم بناء برنامج الإرشاد الجمعي استنادًا إلى المنهج المعرفي السلوكي، وتكون من (14) جلسة إرشادية بواقع (2) جلستين أسبوعياً، ومدة الجلسة (45) دقيقة، وتألفت الاستراتيجيات الإرشادية المستخدمة فيه من لعب الدور والنمذجة والواجبات البيتية والتعليمات الذاتية والتحصين ضد التوتر. أشارت نتائج التحليلات الإحصائية البعدية إلى فعالية البرنامج الإرشادي الجمعي فيما يتعلق بالتقليل من القلق والسلوك العدواني وفق تقديرات المعلمات، حيث تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، لكن أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الاكتئاب والنية العدائية. كذلك أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج، ما يشير إلى استمرار فاعليّة البرنامج واحتفاظ الطّالبات بالمكاسب العلاجيّة الخاصّة بمتغيّري القلق والسّلوك العدواني، كما تبين استمرار ارتفاع مستوى الاكتئاب والنيّة العدائيّة، في القياس التتبعي، وهما المتغيّرين اللذين لم ينخفضا بشكل دالٍ إحصائيًا في هذه الدّراسة.

واستهدفت دراسة مقدادي وأبو زيتون (2010) بعنوان "أثر برنامج تدريبي مستند إلى التربية العقلانية الانفعالية في تحسين الكفاءة الاجتماعية ومهارة حل المشكلات لدى طلبة الصفين السابع والثامن الأساسين" التعرف إلى أثر برنامج توجيه جمعي مستند إلى التربية العقلانية الانفعالية في تحسين الكفاءة الاجتماعية، ومهارة حل المشكلات لدى طلبة الصف السابع والثامن الأساسي في أحد مدارس مدينة إربد. وتكونت عينة الدراسة من خمسين (50) طالباً تم توزيعهم بالتساوي بطريقة عشوائية إلى مجموعتين: التجريبية (ن=25)، والضابطة (ن=25). وتكون

البرنامج من (10) حصص توجيه جمعي، مدة كل حصة (45) دقيقة. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالّة إحصائياً في القياسِ البعدي بين المجموعة التجريبية التي تلقت برنامج التوجيه الجمعي والمجموعة الضابطة، ولصالح المجموعة التجريبية وعلى جميع المتغيرات التابعة.

وهدفَت دراسة مجموعة من الباحثين الأتراك (Aydin, Tekynsav-Sutcu, & Soryas, 2010)، لفحصِ تأثيراتِ العلاج الجمعي المعرفي السلوكي على المُراهقين الذين يعانون مِنْ أعراضِ القلقِ الاجتماعيِ. وتألفَ البرنامجُ الجمعي من (13) جلسة تَغطّي مكوّنات التدريب على الاسترخاءِ، وإعادة البناء المعرفي والتعرّضِ. لتَجنيد المشاركين للمشاركة في البرنامجِ التدخّلي طبقت مقاييس الدراسة على مجموعة (ن=711) مِنْ الطلابِ مِنْ ثلاث مدارس ثانوية مختلفةِ في مدينة أزمير بتركيا. شاركَ أربعة وأربعون طالباً (مجموعة المعالجة =24، الضابطة = 20) في صفوف السابع والثامن الذين انطبقت عليهم معاييرَ الإدراجِ في الدراسةِ الرئيسيةِ. واستعملَ الباحثون لتقييم كفاءة البرنامجِ العلاجَي الأدواتِ الثلاث التاليةِ: استبيان الأخطاءِ الإدراكيةِ السلبيِ، مِقياس الخوفِ الاجتماعيِ للأطفالِ والمُراهقين، ومِقياس القلقِ الاجتماعيِ للمُراهقين وأيضاً للآباءِ، والتي استَعملَت لمُقَارَنَة نَتائِجِ المشاركين على المقاييس قَبْلَ البرنامجِ وبَعْدَ البرنامجِ. أظهرتْ نتائج تحليل التباين للقياسات المتكرّرةِ و وجود تفاعلات دالّة بين المجموعة والوقتِ على مقاييس القلق الاجتماعي، واستبيان الأخطاءِ الإدراكيةِ السلبي ومِقياس الخوفِ الاجتماعي. وأشارتْ النتائج الخاصة بتقييمات الآباء إلى أنّ القلقِ الاجتماعي في مجموعةِ المعالجةِ تناَقصَ بعد إكمالِ البرنامجِ، وتوصلَ الباحثون (Aydin et al., 2010)، وبصورة متسقة مع الأدبِ النفسي المتعلق بكفاءة العلاج المعرفي السلوكي باستخدام صيغة المجموعات الإرشادية في المدرسةِ لمعالجة القلقِ الاجتماعيِ، إلى أنَ المُراهقين في مجموعةِ المعالجةِ سجلوا في القياسِ البعدي تراجعاً كانَ دالاً إحصائياً على مقاييسِ القلقِ الاجتماعيِ والأخطاءِ الإدراكيةِ المتعلقة به.

وأخيراً، سعتْ ماكبرايد (McBride, 2012) لفَحْص تأثيراتِ برنامج علاج جمعي للتعليم النفسي الموجز على تصوّراتِ المُراهقين للأعراضِ الاكتئابية لديهم ولسلوكات ممارسة الوالدية عندَ آبائِهم. توزعَ المشاركون (ن=١٠٣) من المراهقين الذين بلغَ متوسط أعمارهم (م=١٨.٥) سنة، على مجموعات المعالجةِ والضابطةِ. أكملتْ المجموعات مقاييس أعراض الاكتئابِ وسلوكات الوالدية عند الآباءِ والإحساسِ بالتمكين، والحالة الراهنة لشعورِهم بالتفاؤل أو التشاؤم. شاركتْ مجموعة المعالجةِ في برنامجِ الإرشاد الجمعي للتعليم النفسي صُمّمَ لزيَاْدَة المعرفةِ والوعي بأعراضِ الاكتئابِ وكَيف تتعلق هذه الأعراض وتُؤثّرُ على التصوّراتِ. وشاركتْ المجموعة الضابطة في برنامج للتعليم النفسي بمواضيع لَيسَت ذات علاقةَ بالأعراضِ الاكتئابية. أشارت النتائج إلى وجود فروق دالّة بين القياسِ القبلي والبعدي عند المجموعة التجريبية وبين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقاييس الأعراضِ الكئيبةِ وعلى سمات الوالدية السلبية والتمكين. تُبرزُ النَتائِجُ فائدة استخدام التعليم النفسي الموجز المستند للتعليم المعرفي في مُسَاعَدَة المُراهقين على فهم أعراضِهم الإكتئابِية وتعديل تصوراتهم للمعاملة الوالدية وزِيادة إحساسهم بالتمكين.

ثالثاً: تلخيص وتعقيب على الدراسات السابقة

لقد تناولَ البعض القليل من الدراسات السابقة المشار إليها في هذا الفصل موضوع تطوير برامج إرشاد جمعي لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لأبناءِ الأسر التي بها آباء مصابين بمرض مزمن، فمن ناحية نجد أنَ الباحثين الذين درسوا فعالية برامج الإرشاد الجمعي مع أبناء الآباءِ المرضى، ركزوا على أطفالِ مرضى السرطان أو مرضى الإيدز، ومن جانب آخر، نجد أنَ هناكَ وفرة في الدراسات التي سعت لتطوير برامج إرشاد جمعي مع عينات متنوعة من الأطفال والمراهقين ؛ بهدف تحسين مستويات الصحة النفسية مثل القلق والاكتئاب وتقدير الذات عند

الأطفال من أبناءِ الأسرِ السليمة أو المسيئة أو الأحادية الوالد، وتبين أيضاً، أنَ أغلب الدراسات استخدمت مناهج العلاج المعرفي السلوكي أو العلاج باللعب والتعليم النفسيِ، ونجد في نفسِ الوقت أنه لم توجد واحدة من تلك الدراسات قد تطرّقت لفحص أثر برامج الإرشاد الجمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لأبناء أسر الآباءِ المرضى بأمراضِ مزمنة متنوعة من المراهقين وخاصة على المستوى المحلي. وتحديداً، تأثيراتِ برامج الإرشاد الجمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي من خلالِ مؤشراته: تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى عينة من المراهقات اللواتي يعشن في أسرٍ بها أم مصابة بمرض مزمنٍ بالإضافة لفحصِ أثر البرنامج على تحسين تصورات المراهقة عن المناخِ الأسري والذي يعتبر عاملاً جديداً أضافته الدراسة الحالية لارتباطه الوثيق بالمرض الوالدي.

وبالتالي، فإنَ الدراسة الحالية تختلف عن ما سبقها من دراساتِ في تناولها لأثرِ برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي مدموج بمكون التعليم النفسي في تحسين مستوى التوافق النفسي والاجتماعي مثل تقدير الذات والقلق والاكتئاب ونوعية المناخ الأسري، عند عينة من الأبناء الإناث في مرحلة المراهقة المبكرة والمتوسطة، حيث جمعت الدراسة بين عدة متغيرات لم يتم الجمع بينها في الدراسات السابقة، كانَ أهمها أنها تعاملت مع ما يطلق عليه المرضى الثانويين في أسر الآباء المرضى وخاصة عندما تكون الأم هي المريضة، وهم الأبناء المهملين بحثياً وإكلينيكياً كفئة مرشحة لأن تصبح من مجموعة المسترشدين المعرضين لأخطارِ نفسية واجتماعية أثبتتها الدراسات بشكلٍ جيد، كما وتتصدى لمؤشرات الصحة النفسية المتمثلة بتقدير الذات والقلق والاكتئاب، وهي أيضاً تعد من الدراسات النادرة التي تتطرق للمناخ الأسري كعامل مؤثر على توافق أبناءِ الوالد المريض وخاصة من الأطفال الإناث، وذلكَ من خلالِ والعملِ مع أحد أفراد الأسرة وهي الفتاة

المراهقة بهدفِ تحسين وتفعيلِ دورهاِ وأدائها داخل أسر الأمهات المريضات باستخدام التعديلات المعرفية والسلوكية والتعليم النفسي.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

- مجتمع الدراسة
- عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- بناء البرنامج ومكوناته
- إجراءات الدراسة
- المعالجة الإحصائيّة

الطريقة والإجراءات

أولاً: مجتمع الدراسة

تـألّف مجتمـع الدّراسـة مـن مجموعـة الطالبـات المـسجلات فـي الـصفين الـسابع والثـامن الأساسيين فـي المـدارس الحكوميـة التابعـة لمديريـة التربيـة والتعليم فـي منطقـة الزرقـاء الأولـى فـي محافظـة الزرقـاء، فـي منـاطقِ حـي المـصفاة والغويريـة وحـي البتراوي، أثنـاء فترة إجراء الدراسـة فـي الفصلِ الدراسـي الأول للعام الدراسـي (٢٠١٣/٢٠١٤) والبـالغ عددهن (٦٩) طالبـة واللواتي لديهن أمهـات مـصابات بمـرض جـسدي مـزمن يـؤثر علـى تـوافقهن النفـسي والاجتمـاعي بمعنـى تـدني مـستويات تقدير الـذات وارتفـاع مـستويات القلـق والاكتئـاب وانخفـاض تـصورات الطالبـة المتعلقـة بالمناخ الأسري بوجه عام.

ثانياً: أفراد الدراسة

قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية على عدة مراكز صحية في محافظة الزرقاء للوصولِ إلى الحالات المرضية المستهدفة من الأمهات ولفرزِ الحالات التي لديها أبناء من المراهقات من الطالبات المسجلات في مدارس التربية والتعليم في منطقة الزرقاء الجديدة في محافظة الزرقاء، والتي أبدت موافقتها الأولية على مشاركة بناتها في الدراسة. وقد وضعت الباحثة الشروط التالية لمشاركة الطالبات في الدراسة: (1) أن يَكُن من الأسرِ التي لديها أم مصابة بمرض جسمي مزمن، وأن يكونَ المرض قد شُخِصَ على الأقل منذ مدة لا تقل عن ستة أشهر، ولا يوجد تهديد حالي بالوفاة (2) أن لا تكون الأمهات منفصلات عن أزواجهن (الوفاة، السفر، الطلاق).

(٣) أن لا تكون الطالبات مشخصات أو لديهن أية صعوبات عقلية أو تربوية. و(٤) أن تتراوح أعمارهن ما بينَ 12 إلى 14 سنة.

وقد لوحظَ أن معظم الحالات كانت تقطن في مناطقِ حي المصفاة والغويرية وحي البتراوي في منطقة الزرقاء الجديدة، وأن الأبناء يدرسون في مدارس أم عطية الأنصارية الأساسية الثانية ومدرسة حي الإسكان الأساسية والكرامة الأساسية. وبالتالي تمَ مراجعة المدارس المعنية في تلك المناطق لاختيار أفراد الدراسة بإتباع أسلوب العينة القصديّة (Purposive Method). وقد تألفت عينة الدراسة التي تمكنت الباحثة من الوصول إليها من (٦٩) مراهقة ممن لديهن أمهات مصابات بمرض جسمي مزمن وتم اختيار (٣٦) حصلن على أعلى الدرجات على مقاييس الدراسة الأربعة تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسري، واعتذرت أربع (٤) طالبات عن المشاركة، وبالتالي وصلت العينة النهائية إلى (٣٢) طالبة كنَ من المسجلات في مدرستي أم عطية الأنصارية الأساسية الثانية وحي الإسكان الأساسية ومن المقيمات في مدينة الزرقاء، ويعانين من ارتفاع القلق والاكتئاب وانخفاض مستويات تقدير الذات ونوعية المناخ الأسري، وتراوحت أعمارهنّ من (١٢-١٤) سنة.

وتم توزيع أفراد العينة عشوائياً إلى مجموعتين: الأولى مجموعة تجريبية وعدد أفرادها (١٦) طالبة، والثانية مجموعة ضابطة وعدد أفرادها (١٦) طالبة، وقد تم اختيارهنّ بناءً على رغبتهنّ في المشاركة في البرنامج الإرشادي التي عبرنّ عنها عند مقابلتهنّ في مرحلة التشكيل، وهي المرحلة الأولى من مراحل تطور المجموعة في الإرشاد الجمعي، بالإضافة إلى موافقة أولياء أمورهن (الأم أو الأب أو كلاهما)، وتم ذلك وفق نموذج خاص أُعدّ لهذه الغاية يتضمّن موافقة الطالبة وقبول الأسرة على مشاركة الطالبة (الملحق7) في البرنامج الإرشادي (الملحق ٩).

وقد تمَ الوصول إلى أفراد العينة النهائية للدراسة من خلال إتباع الخطوات التالية:

أولاً: بدأت الباحثة بمراجعة المدارس المعنية وبإجراءِ مقابلات ولقاءات جماعية مع الطالبات من أبناءِ الأمهات المريضات وفق اتفاق مسبق مع الأمهات وإدارة المدرسة، للتحقق من كونهن يواجههن بعض الصعوبات الشخصية والاجتماعية والمشكلات في البيت، بعد التأكيد على سرية المعلومات واقتصارها لغايات الإرشاد فقط.

ثانياً: الاستفسار الشخصي من الهيئة العاملة في المدرسة (من إداريات ومعلمات) وعددهم (١٢)، وذلك بحكم معرفتهم بمعظم أوضاع الطالبات في المدرسة عن مرض الأمهات وعن مشاكل الطالبات الأسرية والأعراض المحتملة للقلق أو الاكتئاب المنعكسة بمظاهرِ سلبية داخل البيئة الصفية أو أنشطة المدرسة، للتوصل للطالبات اللاتي بحاجة فعلية للمساعدة وسيستهدفهن برنامج الإرشاد الجمعي في المجموعة التجريبية أو من أفراد المجموعة الضابطة.

ثالثاً: من خلال الخطوة الثانية والثالثة تم التوصل لمجموعه (٦٩) طالبة لديهنَ أمهات مريضات بصورة مزمنة من أحد الأمراض المزمنة كأمراض السرطان (Cancer)، ومرض السكّر(Diabetes)، وأمراض الأوعية القلبية (Cardiovascular) والأمراض الكلوية (Kidney)، ومرض الأنسجة العضلية (Multiple Sclerosis)، وقد تم اختيارَ أعلى (٥٠) طالبة ممن سجلن أعلى الدرجات المشيرة لوجودِ صعوبات في التوافق النفسي والاجتماعي على مقاييس الدراسة الأربعة، وذلكَ بعد طلبِ الحصول من خلالِ الموافقة المعرّفة على موافقة أولياء الأمور على تطبيق مقاييس الدراسة الأربعة والمُشاركة المبدئية في إجراءات الدراسة، تمكنت الباحثة من الوصولِ إلى (٣٦) طالبة منهن ممن حصلن على درجات منخفضة على مقياسي

تقدير الذات والمناخ الأسري ومرتفعة على مقياسي القلق والاكتئابِ المقاييس الأربعة (الملاحق ذات الأرقام: ٢، ٣، ٤، و٥) على التوالي.

رابعاً: تم اختيار الطالبات اللواتي وافقَ ولي الأمر خطياً على مشاركتهن في الدراسة من الحاصلات على أعلى الدرجات على مقاييس الدراسة الأربعة الدالة على تدني مستوى التوافق والنفسي لديهن حسب درجاتهن على هذه المقاييس، واللواتي بلغ عددهن (٣٢) طالبة، بعد انسحاب أربعة طالبات بسببِ تغييرِ مكان عمل الوالد والانتقالِ من المنطقة السكنية، فوصلَ العدد إلى (٣٢) طالبة.

خامساً: تم توزيع الطالبات (ن=٣٢) طالبة عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، (١٦) طالبة في المجموعتين التجريبيتين (مجموعة البرنامج الإرشادي) بمعدلِ ثماني طالبات في كل مجموعة تجريبية، و(١٦) طالبة في المجموعة الضابطة (بدون تدخل إرشادي وعلى قائمة الانتظار) (الجدول رقم ١) بحيث روعيَ قدرِ الإمكان أن تضم كل مجموعة من المجموعات التجريبية والضابطة الثلاث مزيجاً من الصفِ السابع والثامن وبالأعمارِ (١٢-١٤)، وهن اللاتي خضعن لإجراءات الدراسة في القياسات القبلية والبعدية والتتبعية (فقط للمجموعة التجريبية (ن=١٦) بعد مرور شهر على القياس البعدي بعد انتهاء تطبيق البرنامج. ويوضح **الجدول رقم (٢)** توزيع عدد أفراد عينة الدراسة اللواتي انطبقت عليهن شروط الاشتراك بالدراسة الحالية، حسب نوع المجموعة والمقياس في الاختبارات القبلية والبعدية والتتبعية.

الجدول (٢). توزيع عدد أفراد العينة حسب نوع المجموعة ونوع المقياس في الاختبارات القبلية والبعدية والتتبعية

نوع المجموعة	نوع المقياس		
	الاختبار القبلي	الاختبار البعدي	الاختبار التتبعي
المجموعة التجريبية	١٦	١٦	١٦
المجموعة الضابطة	١٦	١٦	–
المجموع	٣٢	٣٢	١٦

كما تمّ التّحقّق من تكافؤ المجموعتين على مقاييس الدراسة الأربعة (تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسري) في (القياس القبلي) قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، ومن عدم وجود فروق دالّة إحصائيّاً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التّجريبيّة والضّابطة على مقاييس الدّراسة الأربع، باستخدام اختبار (ت) (t-test) لعيّنيتين مستقلّتين، وذلك باستخدام رزمة البرامج الإحصائيّة للعلوم الاجتماعيّة "SPSS".

ويوضّح الجدول رقم (٣) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعياريّة ونتائج قيمة اختبار (ت)، لدلالة الفروق بين متوسّط درجات المجموعة التّجريبيّة (التي تعرضت للبرنامج الإرشادي) والمجموعة الضّابطة (التي بقيت على قائمة الانتظار) على مقاييس الدّراسة في القياس القبلي ما يعكس تكافؤ المجموعتين قبل تعرّض المجموعة التجريبية للمتغير المستقل (الاشتراك في البرنامج الإرشادي).

الجدول(٣). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعياريّة ونتائج اختبار "ت" للمجموعتين التجريبية (ن=١٦) والضابطة (ن=١٦) على مقاييس الدراسة الأربعة في القياس القبلي

المقياس	الأبعاد	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
تقدير الذات	الدرجة الكليّة	تجريبية	١٥.٥٥	٥.٤٢	-1.936*	0.065
		ضابطة	١٨.٥٢	٢.٨٥		
القلق	الدرجة الكليّة	تجريبية	٨١.٧٨	١٨.٠٤	-.368*	0.716
		ضابطة	٨٣.٧٢	١٠.٩٩		
الاكتئاب	الدرجة الكليّة	تجريبية	٦٢.٩٨	٨.٩٢	-1.068*	0.294
		ضابطة	٦٦.٥٤	٩.٩٠		
المناخ الأسري	الدرجة الكليّة	تجريبية	99.00	27.77	-0.634*	0.531
		ضابطة	104.94	25.12		

*غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)

أفراد الدراسة

تم تطبيق إستبانة المعلومات الأساسية الديموغرافية **(الملحق١)** الخاصة بأفراد العينة الكلية (ن=٣٢)، وذلك بهدف التعرف على خصائص عينة الدراسة المشتملة على الخصائص الديموغرافية والأسرية للطالبة والأم والأب وأفراد الأسرة وتلك المتعلقة بالمرضِ مثل: العمر والصف الدراسي والترتيب الوالدي للطالبة والعمر والمستوى التعليمي وحالة العمل للأم المريضة والأب، وعدد أفراد الأسرة من الإخوة والأخوات والأقارب الآخرين المقيمين معهم (الجد، الجدة، العمة...الخ)، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، ونوع ومدة المرض وذلك لتوفير معلومات وصورة واضحة عن الطالبات المشاركات في برنامج الإرشاد الجمعي، وللوصف الدّقيق

للمجمــوعتين التّجريبيّـة (ن= 16)، والــضّابطة (ن= 16)، وللتّحقـق مــن التكــافؤ النــسبي بــين المجموعتين فيما يتعلق بالمرض وبالخلفية الديموغرافية والأسرية.

ولقد تبين لدى تحليل المعلومات الديموغرافية فيما يتعلقُ بتوزيع أفراد العينة من الطالبات حسب سن الطالباتِ، تبينَ أن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري قد بلغَ بالسنوات كما يلي: (م= ١٣.١٨؛ ع=٠.٦٩)، وبمدى عمري تراوح من ١٢-١٤ عاماً، وتوزعت تبعاً للصفِ الدراسي كما يلي: السابع (٤٠.٦%) والثامن (٥٩.٤%)، وفيما يتعلق بالترتيب الولادي للطالبة توزعت النسب كما يلي: الأول (٦٥.٦%) والثاني (٣١.٣%) والثالث (٣.١%).

وفيما يتعلق بخصائص الأمهات المريضات بالنسبة للسنِ، تبينَ أن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري قد بلغَ بالسنوات كما يلي: (م= ٣٩.٦٨؛ ع=١.٩٠)، وبمدى عمري تراوّح من ٣٧-٤٤ عاماً، على التوالي، في حين كان لدى الآباءِ (م=٤٤.٥٠؛ ع=٢.٣٨)، وبمدى عمري تراوّح من ٤٠-٤٩ عاماً، وتبين أنَ جميع الآباءِ يعملون حالياً، وأنَ غالبية الأمهات (٩٠.٦%) لا تعملن حالياً وأنَ نسبة الأمهات اللواتي يعملنّ (٩.٤%). وبلغ متوسط عدد الإخوة كما يلي: (م= ٤.٠٩؛ ع=٠.٦٩)، وبمدى تراوح ما بينَ ٣-٥ من الأخوة والأخوات، وبلغَ متوسط عدد أفراد الأسرة المقيمين في نفسِ البيت مع الأسرة (م=١.٧١؛ ع=٠.٤٥) وبمدى تراوح ما بينَ ١-٢ فرداً من الجدات أوالأجداد أوالعمات. وبالنسبة لمرض الأم بلغ متوسط عدد السنوات التي مضت على المرض (م= ٢.٣١؛ ع=٠.٨٢)، وبمدى تراوح ما بينَ ١-٣ سنوات. وتراوحت أنواع المرض ما بينَ الأشكال المتنوعة من أمراضِ السكري (٤٠,٦%) والقلب (٣١,٣%)، والسرطان (١٥,٦%) والكلى (٩,٤%) وتصلب العضلات (٣,١). وبلغت نسبة المستوى التعليمي للأم كما يلي: الإعدادي (٣٤.٤%)، والثانوي (٥٣.١%)، والجامعي (١٢.٥%)، ونسبة المستوى التعليمي للأب فكانت للإعدادي (١٢.٥%)، والثانوي (٧١.٩%)، والجامعي (١٥.٦%)، ونسبة المستوى

الاجتماعي الاقتصادي(SES) للأسرة كما يلي: المستوى الاقتصادي المتوسط (٦٥.٦%)، ونسبة المستوى الاقتصادي المنخفض (٣٤.٤%).

ثالثاً: أدوات الدّراسة

لتحقيق أهداف الدّراسة تمّ استخدام الأدوات التّالية: إستبانة المعلومات الديموغرافية من إعداد الباحثة (الملحق رقم (١) والسابق التقديم عنها، والنسخ المعرّبة من مقاييسِ روزنبرغ لتقدير الذات (Self Esteem Scale; Rozenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995)، ومقياس القلق الظاهر المعدّل للأطفالِ (Revised Children's Manifest Anxiety Scale [RCMAS])، من إعداد رينولدز وريتشموند (Reynolds and Richmond, 1978, 2002)، ومقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب (Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D); Radloff, 1991)، ومقياس المناخ الأسري (Family Climate Scales (FCS); Bjornberg & Nicholson, 2007) ، بالإضافة إلى برنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى نظرية العلاج المعرفي السلوكي ومنظور التعليم النفسي، وذلك بعد التحقق من صدقها وثباتها ومناسبتها لأفراد الدراسة في البيئة الأردنية.

(١) مقياس تقدير الذات (الملحق٢)

تم استخدام مقياس تقدير الذات (Rosenberg Self-Esteem Scale ([RSE] Rosenberg, 1965, 1979; Rozenberg et al., 1995)، الذي وضعه موريس روزنبرغ (Morris Rosenberg, 1965)، لتقييمِ تقدير الذات الشامل (Global Self-Esteem)، وكيف يشعر الأشخاص تجاه أنفسهم بشكل عام وشامل (الملحق (2). وقد استخدم الباحثون هذا المقياس مع جميع الفئات العمرية (Ranzijn, Keeves, Luszcz, & Feather, 1998). وقامت الباحثة

بترجمة المقاييس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، ثم تمَ عرضها على أختصاصي في اللغتين العربية والانجليزية للتحقق من مدى دقّة الترجمة من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية للتحقق من التطابقِ والسلامة اللغوية للفقرات.

طريقة التطبيق والتصحيح

يتألف مقياس تقديرِ الذات من عشر (١٠) فقرات تقيس البعد الأحادي لمكون تقدير الذات الشامل لدى المراهقين، ويطلب من المفحوصين، تقدير استجاباتهم على سلم تقدير ليكرت مؤلف من أربع درجات، تتراوح من دائماً(4)، غالباً(3)،نادراً(2) ، ابداً(1) (McCreary, Slavin, & Berry, 1996). وتتراوح درجات المقياس الكلية من 10- 40 (وتشير الدرجات الأعلى إلى مستوى أكبر من تقدير الذات). ولضبط تحيز استجابة المفحوصين، صيغت خمس فقرات بصورة ايجابية (لديّ اتجاه إيجابي نحو نفسي)، وصيغت الخمس فقرات الباقية بصورة سلبية (أتمنى لو كنت أحترم نفسي بصورة أكبر). ويتم تصحيح الفقرات الخمس السلبية ذات الأرقام (2، ٥، 6، 8، 9)، عكسياً، بحيث تعكس الدرجة الكلية العالية تقدير ذات مرتفعاً. وحسب الدراسة الحالية تشير الدرجة الكلية من 10-20، إلى مستوى منخفض من تقدير الذات، ومن 21-30، إلى مستوى متوسط، ومن31-40، إلى مستوى مرتفع من تقدير الذات.

صدق وثبات المقياس

تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس تقدير الذات من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين، ممن يحملون درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي والتربوي، بلغ عددهم (١٠) عشرة محكمين (الملحق٦)، من أساتذة الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة، وتألف المقياس بصورته الأولية من (١٠) فقرات، وطُلب من المحكمين إبداء رأيهم في هذه الفقرات من

حيث مدى ملاءمتها لمفهوم المقياس ولطبيعة المفحوصات وغايات الدراسة، و/أو إجراء تعديل على بعض الفقرات، وإضافة بعض الفقرات أو رفضها إذا كانت مكرّرة، وتجدر الإشارة إلى أنه تم اعتماد معيار اتفاق سبعة محكمين لبيان صلاحية الفقرة وملاءمتها لتبقى ضمن المقياس، واتفاق ثلاثة محكمين على عدم وضوحها وتعديلها أو تغيير صياغتها. وقد بلغت نسبة الاتفاق على صلاحية فقرات المقياسِ بين المحكمين (٩٠%)، وبالتالي بقيَ مقياس تقدير الذاتِ كما هو في صورته الأصلية يتكون من (١٠) فقرات، أي بقي نفسه في صورته النهائية. كما تم استخراج ثبات مقياس تقدير الذات بطريقتين هما:

أ – طريقة الثبات **بإعادة الاختبار (Test – Retest Reliability)**: تم تطبيق مقياس تقدير الذات بصورته النهائية، على عينة الدراسة الاستطلاعية (Pilot Sample) المكونة من ثلاثين (٣٠) طالبة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، كما تم تطبيق القائمة على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار (ثبات الاختبار– إعادة الاختبار [Test-Retest]) بين درجات المفحوصات في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات للقائمة الكلية لمقياس تقدير الذات باستخدام معادلة بيرسون بلغت (ر=٠.٧٩٣)، وتعد هذه القيمة لثبات القائمة مقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة وهي تماثل تقريباً قيمة معامل الارتباط بالإعادة (0.82) الذي توصل إليها بعض الباحثين (Fleming & Courtney, 1984). ب – الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا): أما الطريقة الثانية التي استخدمت لحساب الثبات لمقياس تقدير الذات فكانت عن طريق استخراج مؤشّرات الصّدق (الاتساق الداخلي) باستخدام كرومباخ ألفا، حيث تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس، وبلغ معامل الصّدق (كرونباخ ألفا) (α=٠.٦٧٦)، وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

(٢) مقياس القلق (الملحق ٣)

استخدم مقياس القلق الظاهر المعدّل للأطفالِ (Revised Children's Manifest Anxiety Scale [RCMAS])، لتقييم مستوى القلق لدى الأطفال المراهقين في عينة الدراسة الحاليّة، من إعداد رينولدز وريتشموند (Reynolds and Richmond, 1978, 2002)، وقد تم بناؤه لتحديد درجة وطبيعة القلق المزمن عند الأطفال والمراهقين، وينصح باستخدامه لغايات التشخيص والمعالجة من القلق لدى الأطفال (Gerard & Reynolds, 1999, p.323)، في السن مِن (6 إلى 19) سنةٍ.

طريقة التطبيق والتصحيح

يتكون المقياس في صورته الأصلية من (37) فقرة، منها [٢٨] فقرة لقياس القلق و[٩] فقرات لقياس الكذب [المرغوبية الاجتماعية]). ونتيجة لتعريب هذا المقياس وتقنينه للبيئة الأردنية (الذويب، ٢٠٠٦) وبناءً على آراء المحكّمين المختصين تم حذف فقرتين من المقياس الأصلي، وأصبح يتألف من (٢٦) فقرة بعد استثناء فقرات المرغوبية الاجتماعية. ويطلب من المفحوصين تقدير إجاباتهم على فقرات المقياس على سلم تقدير ليكرت مؤلف من أربع درجات تتراوح من ٤ (تقريباً دائماً)؛ ٣ (غالباً)؛ درجتان (٢) (نادراً)؛ إلى درجة واحدة (أَبَداً). وتتراوح الدرجة الكلية بين (٢٦–١٠٤)، وتشير الدرجات الأعلى على المقياس إلى معاناة المفحوص من مستوى مرتفع من القلق.

صدق وثبات المقياس

تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس القلق من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين، ممن يحملون درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي والتربوي، بلغ عددهم

(١٠) عشرة محكمين (الملحق٦)، من أساتذة الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة، وتألف المقياس بصورته الأولية من (٢٦) فقرة، وطُلب من المحكمين إبداء رأيهم في هذه الفقرات من حيث مدى ملاءمتها لمفهوم المقياس ولطبيعة المفحوصات وغايات الدراسة، و/أو إجراء تعديل على بعض الفقرات، وإضافة بعض الفقرات أو رفضها إذا كانت مكرّرة، وقد بلغت نسبة الاتفاق على صلاحية فقرات المقياسِ بين المحكمين (٩٠%)، وبالتالي بقيَ مقياس القلق كما هو في صورته الأصلية يتكون من (٢٦) فقرة، أي بقي نفسه في صورته النهائية. كما تم استخراج ثبات مقياس القلق بطريقتين هما:

أ – طريقة الثبات **بإعادة الاختبار** (**Test – Retest Reliability**): تم تطبيق مقياس القلق بصورته النهائية، على عينة الدراسة الاستطلاعية (Pilot Sample) المكونة من ثلاثين (٣٠) طالبة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، كما تم تطبيق القائمة على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار (ثبات الاختبار– إعادة الاختبار [Test-Retest]) بين درجات المفحوصات في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات للقائمة الكلية لمقياس القلق بلغت (ر=٠.٩٣٣)، وتعد هذه القيمة لثبات القائمة مرتفعة ومقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة. ب – الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا): أما الطريقة الثانية التي استخدمت لحساب الثبات لمقياس القلق فكانت عن طريق استخراج مؤشّرات الصّدق (الاتساق الداخلي) باستخدام كرومباخ ألفا، حيث تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس، وبلغ معامل الصّدق (كرونباخ ألفا) (α=٠.٨٥٤)، وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

(٣) مقياس الاكتئاب (الملحق ٤)

أُستخدم في الدراسة الحالية مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب (Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D); Radloff, 1991)، المعرّب والمقنن للبيئة الأردنية (الذويب، ٢٠٠٦)، لتقييم مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المراهقين في عينة الدراسة الحاليّة، ويتكون المقياس في صورته الأصلية من (٢٠) فقرة تقيّم بأسلوب التقرير الذاتي مستوى الأعراض الاكتئابية التي خبرها المفحوص خلال الأسبوع السابق. وتعكس كل فقرة أحد المكونات التالية: المزاج المكتئب، والشعور بالذنب وعدم الأهمية واليأس وبالعجز والإعاقة النفس حركية واضطرابات النوم وفقدان الشهية (Radloff, 1991). وقد تم بناؤه لتحديد درجة وطبيعة الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين والبالغين أيضاً، وينصح باستخدامه لغايات التشخيص والمعالجة من الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين (Hales, Dishman, Motl, Addy, Pfeiffer, & Pate, 2006).

طريقة التطبيق والتصحيح

ويتكون المقياس في صورته الأصلية من (٢٠) فقرة تقيّم بأسلوب التقرير الذاتي مستوى الأعراض الاكتئابية التي خبرها المفحوص خلال الأسبوع السابق. وللوصول لدرجة المفحوص على المقياسِ يطلب من المفحوصين تقدير إجاباتهم على فقرات مقياس الاكتئاب (CES-D) (منها "4" فقرات إيجابية الصياغة)، على سلم تقدير ليكرت مؤلف من **(4) أربــع** درجات تتراوح من (٤) درجات (تنطبق دائماً)؛ (٣) درجات (تنطبق غالباً)؛ درجتان (٢) (تنطبق نادراً)؛ إلى درجة واحدة (١) (لا تنطبق أبداً). وقد صيغت جميع الفقرات بحيث تصحح باتجاه الاكتئاب، باستثناء الفقرات الأربع التالية (٤، ٨، ١٢، و١٦) التي تصحح عكسياً. وتتراوح الدرجة الكلية بين (٢٠-٨٠)، وتشير الدرجات الأعلى على المقياس إلى معاناة المفحوص من مستوى مرتفع من الاكتئاب.

صدق وثبات المقياس

تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس الاكتئاب من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين، ممن يحملون درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي والتربوي، بلغ عددهم (١٠) عشرة محكمين(الملحق٦)، من أساتذة الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة، وتألف المقياس بصورته الأولية من (٢٠) فقرة، وطُلب من المحكمين إبداء رأيهم في هذه الفقرات من حيث مدى ملاءمتها لمفهوم المقياس ولطبيعة المفحوصات وغايات الدراسة، و/أو إجراء تعديل على بعض الفقرات، وإضافة بعض الفقرات أو رفضها إذا كانت مكرّرة، وقد بلغت نسبة الاتفاق على صلاحية فقرات المقياسِ بين المحكمين (٨٠%)، وبالتالي بقيَ مقياس الاكتئاب كما هو في صورته الأصلية يتكون من (٢٠) فقرة، أي بقي نفسه في صورته النهائية (الذويب، ٢٠٠٦). كما تم استخراج ثبات مقياس الاكتئاب بطريقتين هما:

أ – طريقة الثبات **بإعادة الاختبار** (**Test – Retest Reliability**): تم تطبيق مقياس الاكتئاب بصورته النهائية، على عينة الدراسة الاستطلاعية (Pilot Sample) المكونة من ثلاثين (٣٠) طالبة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، كما تم تطبيق القائمة على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار (ثبات الاختبار–إعادة الاختبار[Test-Retest]) بين درجات المفحوصات في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات للقائمة الكلية لمقياس الاكتئاب بلغت (ر=٠.٩٦٥)، وتعد هذه القيمة لثبات القائمة مرتفعة ومقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة. ب – الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا): أما الطريقة الثانية التي استخدمت لحساب الثبات لمقياس الاكتئابِ فكانت عن طريق استخراج مؤشّرات الصّدق (الاتساق الداخلي) باستخدام كرومباخ ألفا، حيث تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس، وبلغ

معامل الصّدق (كرونباخ ألفا) (α=٠.٧١٠)، وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

(٤) مقياس المناخ الأسري (الملحق ٥)

أُستخدمَ في الدراسة الحالية مقياس المناخ الأسري (Family Climate Scales (FCS) الذي يستخدم في دراسة تصورات المراهقين وأفراد الأسرة للبيئة الأسرية (Pearson & Lumpkin, 2011). وقد طُورَ مقياس المناخِ العائليِ على يدِ عالمة النفسِ البريطانية بُجورنبرغ وزميلها نيكلسون (Bjornberg and Nicholson, 2007)، من خلالِ توظيفِ مقياسِ البيئة الأسرية (Family environment scale (FES) من إعدادِ مُوس ومُوس (Moss and Moss, 1994)، وذلكَ لتسهيلِ العمل العلاجي مع الأسرِ وأفرادها ولقياس مستوى اشتغالِ الأسر العاملة والمعطلّة وظيفياً (Family Functioning or Dysfunctional)من خلالِ أحد أفرادها أو جميعهم (Ondracek, Kim, Dias, & Saeed, 2009). ويمثِّل أداة تقرير ذاتي وقائمة شطب لقياس الأبعاد الخاصة بسماتِ الأسرة الثقافيةِ والعمليات العائليةِ. وقد صُمّمَ لِكي يَكُونَ قابلاً للتطبيقَ بشكل خاص ضمن سياق العملِ مع النظام العائليِ وللاستعمالِ في الأماكنِ غيرِ الإكلينيكيةِ مَع الأسرِ والأطفالِ المراهقين. ويَقِيسُ (FCS) المناخُ العائليُ من خلال ستّة مقاييس فرعية: الاتصال المفتوح، التكيّف، السلطة ما بينَ الأجيال، واهتمام ما بينَ الأجيال إلى الحاجاتِ، التماسك العاطفي، والتماسك الإدراكي (Bjornberg & Nicholson, 2007, pp. 231-232). وتُشيرُ نَتائِجُ التحليل الإحصائي للمقياسِ إلى وجود مستويات عاليةِ مِنْ الاتساقِ الداخليِ، ومعاملات ارتباط مرتفعة ما بينَ المِقاييس الثانوية أيضاً. وقد أكدت نتائج التحليل باستعمال نماذج المعادلات البنائية صحة التركيبَ العامِلي المكون من العوامل الستّة المُفتَرَضِة لمقياس المناخِ العائليِ (Bjornberg & Nicholson, 2007; Sbicigo & Dell'Aglio, 2012).

طريقة التطبيق والتصحيح

يتكون المقياس في صورته الأصلية من (٤٨) فقرة تقيّم بأسلوب التقرير الذاتي تصورات المفحوص لمستوى العمليات العائلية: الاتصال المفتوح، التكيّف، والتماسك العاطفي، والتماسك الإدراكي وعمليات ما بينَ الأجيال من السلطة والاهتمام ما بينَ الأجيال لتلبية الحاجاتِ. وللوصول لدرجة المفحوص على المقياسِ يطلب من المفحوصين تقدير إجاباتهم على فقرات مقياس المناخ الأسري (FCS) على سلم تقدير ليكرت مؤلف من **(4) أربع** درجات تتراوح من (٤) درجات (تنطبق دائماً)؛ (٣) درجات (تنطبق غالباً)؛ درجتان (٢) (تنطبق نادراً)؛ إلى درجة واحدة (١) (لا تنطبق أبداً). وقد صيغت جميع الفقرات بحيث تصحح باتجاه العمليات الأسرية الإيجابية، حيث أن نصف الفقرات تصحح عكسياً (الملحق٥). وتتراوح الدرجة الكلية بين (٤٨–١٩٢)، وتشير الدرجات الأعلى على المقياس إلى تصورات المفحوص الأكثر إيجابية عن العمليات الأسرية، لغايات الدراسة الحالية، اكتفيَ بحسابِ الدرجة الكلية للمقياسِ.

صدق وثبات المقياس

تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس المناخ الأسري بصورته المترجمة (علاء الدين، ٢٠١٢) من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين، ممن يحملون درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي والتربوي، بلغ عددهم (١٠) عشرة محكمين (الملحق٦)، من أساتذة الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة، وتألف المقياس بصورته الأولية من (٤٨) فقرة، وطُلب من المحكمين إبداء رأيهم في هذه الفقرات من حيث مدى ملاءمتها لمفهوم المقياس ولطبيعة المفحوصات وغايات الدراسة، و/أو إجراء تعديل على بعض الفقرات، وإضافة بعض الفقرات أو رفضها إذا كانت مكرّرة، وقد بلغت نسبة الاتفاق على صلاحية فقرات المقياسِ بين المحكمين

(٨٠%)، وبالتالي بقيَ المقياس كما هو في صورته الأصلية يتكون من (٤٨) فقرة، أي بقي نفسه في صورته النهائية. كما تم استخراج ثبات مقياس الاكتئاب بطريقتين هما:

أ – طريقة الثبات **بإعادة الاختبار (Test – Retest Reliability)**: تم تطبيق مقياس المناخ الأسري (FCS) بصورته النهائية، على عينة الدراسة الاستطلاعية(Pilot Sample)، المكونة من ثلاثين (٣٠) طالبة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، كما تم تطبيق القائمة على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار (ثبات الاختبار– إعادة الاختبار[Test-Retest]) بين درجات المفحوصات في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات للقائمة الكلية لمقياس الاكتئاب بلغت (ر=٠.٨٠٥)، وتعد هذه القيمة لثبات القائمة مرتفعة ومقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة. ب – الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا): أما الطريقة الثانية التي استخدمت لحساب الثبات لمقياس المناخ الأسري فكانت عن طريق استخراج مؤشّرات الصّدق (الاتساق الداخلي) باستخدام كرومباخ ألفا، حيث تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس، وبلغ معامل الصّدق (كرونباخ ألفا) (α=٠.٨٠٠)، وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

الجدول (4). نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون ومعامل كرونباخ ألفا، للاتساق الداخلي ولنصفي الاختبار لمقاييس الدراسة

المقياس	الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الثبات بالإعادة	معامل الاتساق الداخلي(كرونباخ ألفا)
تقدير الذات	الدرجة الكلية	١٠	0.793	0.676
القلق	الدرجة الكلية	٢٦	0.933	0.854
الاكتئاب	الدرجة الكلية	2٠	0.965	0.710
المناخ الأسري	الدرجة الكلية	٤٨	0.805	**0.800**

** دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

ويوضح **الجدول (4)** معاملات الثبات بالإعادة ومعاملِ الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا)، لمقاييس الدراسة الأربعة. حيث تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، لقياس معامل الثبات (معامل الاستقرار) لكل مقاييس الدراسة الأربعة (إعادة الاختبار)، ومعامل الاتساق الداخلي كرونباخ ألفا لفقرات المقاييس، وتوضّح هذه النتائج في الجدول رقم (4).

ويتبين من الجدول رقم (4) أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين الاختبار وإعادة الاختبار، وقيمة معامل كرونباخ ألفا، كانا أكبر من الحد المقبول لمعامل الثبات (70%)، لجميع مقاييس الدراسة الأربع، ما يشير إلى توفّر درجة عالية من خصائص الاتساق الداخلي للمقاييس، ويشير إلى أتساق في الإجابات، وبالتالي فإنه يمكن تعميم نتائج الدراسة على المجتمع الأصلي للدراسة.

(٥) برنامج الإرشاد الجمعي (الملحق ٦)

استند برنامج الإرشاد الجمعي التي قامت الباحثة بإعداده والمستخدم في الدراسة الحالية **(الملحق ٦)**، إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي باستخدام أسلوب الإرشاد الجمعي ومنظور التعليم النفسي (Yalom, 1983)، والذي طبّق في هذه الدراسة التجريبية على الأفراد (ن=١٦) المشكلين للمجموعة التجريبية الأولى (ن=٨) طالبات والثانية (ن=٨) طالبات فقط. وقد تألّف برنامج الإرشاد الجمعي من أربعة عشر(١٤) جلسة إرشاد جمعي بالإضافة لجلسة أخيرة خصصتْ لتطبيق القياس البعدي على المجموعة التجريبية والضابطة، وجلسة أخرى بعد انتهاء البرنامج بشهر تم فيها تطبيق القياس التتبعي على أفراد المجموعة التجريبية فقط. وقد تم تنفيذ جلسات البرنامج على مدى سبعة (7) أسابيع، بمعدل جلستين أسبوعياً، وتراوح زمن الجلسة من (45) خمس وأربعين دقيقة إلى (60) دقيقة حسب مضمون كل جلسة، وقد عقدت الجلسات الإرشادية في إحدى قاعات مركز الأميرة سلمى للطفولة التابع لوزارة الثقافة في مدينة الزرقاء، لتعاون المركز وبسبب العطلة الدراسية الفصلية، خلال الفترة الواقعة من يوم الأحد (2014/1/١٢)، وحتى يوم الأحد الموافق (2014/2/9). ويوضّح الجدول (5) المواعيد الزمنية ومواضيع برنامج الإرشاد الجمعي، وتوزيعها على الجلسات الإرشادية البالغة أربعة عشر (14) جلسة إرشاديّة وتمّ توزيعها على سبعة (7) أسابيع بمعدّل جلستين أسبوعيّاً لكلِ مجموعة تجريبية (الأولى والثانية)، وتراوحَت مدّة الجلسة من (45) دقيقة إلى ساعة (1) واحدة. كما يوضح مواعيد القياسين البعدي والتتبعي.

الجدول (5). الجدول الزمني لتنفيذ مواضيع برنامج الإرشاد الجمعي على المجموعة **التجريبية الأولى** (ن=8) والتجريبية الثانية ن=8) وتوزيعها على الجلسات الإرشادية

اليوم وتاريخ الجلسة		**الرقم والموضوع الرئيس للجلسة**
المجموعة الأولى	**المجموعة الثانية**	
الأحد ٢٠١٤/١/١٢	الأحد ٢٠١٤/١/١٢	الجلسة الأولى: التعارف والبناء ووصف المشكلة
الثلاثاء2014/1/14	الثلاثاء2014/1/14	الجلسة الثانية: التفكير والشعور والسلوك
الخميس2014/1/16	الخميس2014/1/16	الجلسة الثالثة: الارتباط بالآخرين[١]
الأحد 2014/1/19	الأحد 2014/1/19	الجلسة الرابعة : الارتباط بالآخرين[٢]
الثلاثاء2014/1/21	الثلاثاء2014/1/21	الجلسة الخامسة التعرف على المشاعر[١]
الخميس/2014/1/23	الخميس2014/1/23/	الجلسة السادسة : المشاعر[٢]
الأحد 2014/1/26	الأحد 2014/1/26	الجلسة السابعة : المستشفى والمرض الوالدي
الثلاثاء2014/1/28	الثلاثاء2014/1/28	الجلسة الثامنة: التغييرات في المنزل[١]؛ دوري الجديد
الخميس2014/1/30	الخميس2014/1/30	الجلسة التاسعة : التغييرات في المنزل[٢]
الأحد 2014/2/2	الأحد 2014/2/2	الجلسة العاشرة: المواجهة[١]
الثلاثاء2014/2/4	الثلاثاء2014/2/4	الجلسة الحادية عشرة: المواجهة[٢]
الاربعاء2014/2/5	الاربعاء2014/2/5	الجلسة الثانية عشرة: التواصل الفعال مع أفراد الأسرة
الخميس2014/2/6	الخميس2014/2/6	الجلسة الثالثة عشرة: تقييم التقدم ومراجعة ما تعلمته المجموعة
الأحد 2014/2/9	الأحد 2014/2/9	الجلسة الرابعة عشرة: الدمج والتكامل والقول وداعاً مع السّلامة /الإنهاء

الجلسة الختامية (٢) القياس البعدي

عنوان الجلسة	اليوم	عدد المشاركين	المكان	الوقت
التقييم النهائي وتطبيق القياس البعدي	الأحد ٩/ ٢٠١٤/٢	٣٢	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	١٠-١,٣٠

الجلسة الختامية (٣) قياس المتابعة

عنوان الجلسة	اليوم	عدد المشاركين	المكان	الوقت
تطبيق القياس التتبعي	الإثنين ٣/١٠/ ٢٠١٤	١٦	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	١٠-١,٣٠

المكان

تم تجهيز وترتيب القاعة التي عقدت فيها الجلسات في إحدى قاعات مركز الأميرة سلمى للطفولة التابع لوزارة الثقافة في مدينة الزرقاء خصيصاً لغايات تطبيق البرنامج الإرشادي، بحيث جهزت بأكثر من طاولة جلوس دائرية قابلة للتحرّك، ولوح على قاعدة للكتابة، ومقاعد مريحة

خاصة بالطالبات المشاركات لإضفاء جو مريح على الجلسات، كما تم تزويد كل مشاركة بحافظة أوراق لوضع جميع النماذج التعليمية والتدريبية الخاصة بكل جلسة، هذا بالإضافة إلى توفير بعض المشروبات والأطعمة الخفيفة عند الضرورة.

وقد استعانت الباحثة في تصميم البرنامج الإرشادي في الدراسة الحالية، بالإطلاع على عدد من الدراسات السابقة المماثلة (Diareme et al., 2007) والتي أثبتت فاعليتها في التقليل من بعض صعوبات التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأبناء الذين يعيشون في أسر بها والد مريض، وأيضاً الخاصة بتصميم نماذجَ لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لأبناء الآباء المرضى والمستندة لمنهج العلاج المعرفي السلوكي (Call, 1990; Cully & Teten, 2008; Stanko & Taub, 2002)، والتعليم النفسي (Friedberg, McClure, & Garcia, 2009; Gaynor & Lawrence, 2002; Wang, 1997). وقد وضعت ستانكو وتوب (Stanko and Taub, 2002)، نموذجاً ناجحاً لتصميم المجموعاتِ الإرشادية للعملِ مع أبناءِ الآباء والأمهات من مرضى السرطانِ بحيثُ يناسب الطلبة من الجنسين في المرحلة الابتدائية (من سنِ ١٠–١٢) عاماً، الذين يعانون من اضطرابات انفعالية وسلوكية مرتبطة بحدث المرض الوالدي، مشيرتين إلى أنه يُمْكِنُ لهذه المجموعةِ أَنْ تُدارَ مَع الطلابِ الأكبر سناً (Stanko & Taub, 2002, p. 50).

وبالإضافة لذلك، استفادت الباحثة من المراجعة المنظمة لموادِ التعليم النفسي الموصى باستعمالِها مع مثلِ هذه المجموعةِ والمعلوماتِ الأساسيةِ حول الأطفالِ والحزنِ (e.g., Corr & Corr, 1996; Doka, 1995a; McBride, 2012; Yalom, 1995)، وأيضاً مع مراعاة ما أوصت به مورغانيت (Morganett, 1990)، بأنْ يقوم قادة المجموعاتِ الإرشادية بعناية بفْحصِ

تجاربِهم وخبراتهم الخاصةِ بالحزن وبمشاعرِهم حول الخسارةِ والحزن، لدى العمل مع مثل المجموعات الخاصة بمرض الأمهات المزمن.

كما استندت لاستعمال المنظور التطوري بمراعاة الأفكار التي تضمنها النموذج الذي قدمه آرمسدن ولويس (Armsden and Lewis, 1993)، الذين أسهبا في طرح أربع قضايا رئيسيةٍ ، اقترحا أنها تُساعدُ في فَهْم ردودِ الأفعال الفرديةِ للأبناءِ من المراهقين على المرضِ الجسمي الوالدي، وذلكَ كما يلي: (أ) قلق الانفصال والأمن: قد يستجيب المُراهقون بأن يُواجهوا صراعاً بين الحكم الذاتي والمسؤوليةِ الملقاة على عاتقهم؛ (ب) الفَهْم الشخصي: يعكسُ المُراهقون ويَتأملونَ شعورياً حول كَيفَية تخفيضهم لعبءِ الوالدِ المريضِ؛ (ج) مفاهيم المرضِ والموتِ: قَدْ يَكُون المُراهقون منشغلين بالخوفِ من الانتقال الوراثي المحتملِ للمرضِ الوالدِي إليهم أنفسهم؛ (د) التخيلات: يُمْكِنُ أَنْ تَكُونَ تخيلات استراتيجياتِ التعاملِ والمواجهة عندَ المراهقين مساعدة وأيضاً مجهدة ومرهقة.

وقد نُظّمَت المجموعة بوصفها من نوعِ "مجموعة الموضوعِ المعيّن الخاص"-(Topic-specific group; Bergin, 1999)، كمجموعة للإرشاد النفسي القائم على العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي (Psycho-educational Group)، وكمجموعةٍ إرشادية (Counseling Group)، بحيث تعلّمُ قائدة المجموعة الأعضاء وتزودهم بحقائقَ أساسيةٍ حول السرطانِ (التعليم النفسي) كما وتزوّدُهم ببيئة آمنة التي يُمْكِنُ فيها للأطفال المراهقين أَنْ يَشتركوا في عرض خبراتهم وأفكارهم ومشاعرِهم وأدوارهم في رعاية الأم المريضة (الإرشاد النفسي) (Stanko & Taub, 2002).

"في مجموعاتِ الموضوعِ المعيّن، يُشاركُ كُلّ الأعضاء في مخاوف مماثلةِ حول حالة أَو موقف مُعين. . . . ويُعطي موقف المجموعةِ ويقدم للأعضاء الفرصةَ لفَهْمِ القضيةِ بعمقٍ أكثر، ولاسْتِكْشاف وإبْداء المشاعرِ، ولتَمييز استراتيجياتِ المواجهة. ويَتعلّم أعضاء المجموعةِ بأنّ مشاعرَهم طبيعية، بأنّ أقرانهم يحسُّون بنفس طريقَةِ الشعور في أغلب الأحيان، وبأنّهم عِنْدَهُمْ الخيارات لمُساعَدَتهم ليَتعاملوا عملياً وبكفاءة أكثرَ مع المشاكلِ وهكذا يقومون بإعادة تأسّيس استقلالية ذاتية وسعادةَ شخصيةَ، كما ويَتلقونَ تعليقات تغذية راجعة أيضاً وَدْعماً مِنَ الآخرين الذين يَفْهمونَ ما هم يُواجهونَه لأن عِنْدَهُمْ مشاكلَ مماثلةً (Bergin, 1999, p. 322).

نموذج مجموعةِ الإرشاد الجمعي

أهدافَ المجموعةِ

١-**الأهدافَ المعرفيةَ:** أ-زيادةُ معرفة وفَهْمُ مشاركي المجموعةِ حول المرض الوالدي. لقد اقترح العديد من الباحثين (Bedway & Smith, 1996; Greening, 1992; Taylor-Brown, Acheson, & Farber, 1993)، أن الأطفالَ أبناء الآباءِ المرضى غالباً ما يَفتقرونَ إلى المعلوماتِ الدقيقةِ حول المرض الوالدي. وقد أشار لي فيكس (Le Vieux, 1993) بأن الأطفالَ عِنْدَهُمْ فَهْم محدّدٌ لعِلْمِ التشريح وعِلْم وظائف الأعضاءِ. وتم التأكيد على أهمية تَزويد الأبناءِ بالمعلوماتِ حول المرضِ ودور ذلك في تَخفيض مستوى القلقِ عندهم؛ وضرورة أنّ يتم توفير كلا من المعلومات الطبية ومعلومات التعليم النفسي حول المرضِ وتأثيراتِه على المناخ الأسري ووظائف وأدوار العائلةِ (Rando, 1995). وأوصى كريست (Christ, 2000, p. 75)، بأنّ تقدم: أ- الأنواعَ الثلاثة التاليةَ مِنْ أنواعِ المعلوماتِ: (١) "اسم المرضِ، وتقدّمه، أعراضه، معالجته، وأسبابه"؛ (٢) التَغييّراتُ في مظهرِ وشكل وسلوكِ المريضِ بسبب المرضِ ومعالجتِه؛

و(٣) ومستقبل ومآل المرضَ. **ب**–زيادةَ وعي مشاركي المجموعةِ بالخدماتِ المتوفرةِ من خلال المرشدِ المدرسي لأنَ طلاب المدرسة قَدْ لا يَكُونوا مدركين للذي يقوم به المرشدِ المدرسيَ (Corey & Corey, 1997; Peterson, 1999).

٢–**الأهداف العاطفية:** مساعدة المشاركين على تمييز وتحديد مشاعرهم واستعمالِ مهارات التعامل المناسبة. قَدْ يواجه أطفال الآباءِ المرضى صعوباتٍ في التعبير عن مشاعرِهم (Siegel, Mesagno, Karus, Christ, Banks, & Moynihan, 1992; Taylor-Brown et al., 1993). وهؤلاء الأطفال قَدْ يَحتاجونَ إلى مساعدةٍ في تَطوير عبارات ومفرداتٍ عاطفيةٍ وفي وصف وتسمية مشاعرِهم (Le Vieux, 1993).

٣–**الأهداف السلوكية:** مساعدة المشاركين على استعمالِ مهاراتِ المواجهة والتعامل المناسبة. قَدْ يَفتقر أطفال الآباءِ المرضى لاستراتيجياتِ المواجهة الملائمةِ (Altshuler & Ruble, 1989; Band & Weisz, 1988; Greening, 1992). وقَدْ يُسبّبُ الإجهاد في العائلةِ الذي سببه مرضُ الوالدِك؛ ظهورَ سلوكاتِ سوء التصرف داخلَ البيت وأيضاً في المدرسة.

وقد تم تقييم المشاركات لقياس مدى مناسبتِهن للمجموعةِ وتوافقِهن مَع أعضاء المجموعةِ الآخرينِ ومن بين الأشياءِ الأخرى، كانَ من المُهمِ فحص القدرةِ اللفظيةِ، والقدرة على فَهْم السريّةِ، والرغبة في المُشَارَكَة والكْشفِ عن النفسِ (Bergin, 1999)."الأفراد الذين لديهم مبادرات والمعبّرون عن أفكارهم والموجهون نحو الآخرين، والراغبون في المُخَاطَرَة بالقيام بالكشفِ الذاتي يَجِبُ أَنْ يكونوا متضمّنين في المجموعةِ للمُوَازَنَة مع أولئك الذين يكونون بصورة أولية أتباعَ، وعاكسين وهادئين وموجهين نحو الذات ومنخفضي ارتياد المُخاطرة" (Bergin, 1999, p. 307).

وللاستعداد لكُلّ جلسة، قامت الباحثة بتلخّيصِ نشاطاتِ المجموعةِ لتلك الجلسةِ وتحضيرِ الموادِ الضروريةِ وجعلها جاهزةً للاستعمال، بما في ذلك الألعابِ، الكُتُب، ومواد الأنشطة المصورة. وهذا تضمّنُ أيضاً، إعداد نسخٍ من المواد إذا كان هناك ضرورة لذلك، وتجميع الموادِ الفنِّية المطلوبةِ مثل ورق الرسمِ، وأقلام التلوين، والطباشير الملون.

ولتحضير وإعداد العضوات، أوضحت الباحثة لأعضاء المجموعةِ توقّعاتِها مِنْهم وما الذي يُمْكِنُ لأعضاء المجموعةِ أَنْ يَتوقّعوا منها (Corey & Corey, 1997). وجعلت المشاركات يشاركن في وَضْع القواعد للمجموعةِ (Corey & Corey, 1997; Smead, 1995). مع التأكيد بشكلٍ خاص على توضيح التقيد بالسرية إلى المشاركات بعبارة من مثل "مهما يُقالُ في هذه المجموعةِ يجب أن يَبْقى محفوظاً في المجموعةِ " (Smead, 1995, p. 94). بالإضافة لذلك، لأن الوقتَ المخصص للمجموعاتِ يكون محدّدَاً عادة، كانَ من المُهمِ الاسْتِفْادة إلى أبعد الحدود مِنَ الوقتِ المتوفرِ بوضع التركيب الواضح للمجموعة (Fields & Smead, 1998). لذا، فإن النشاطات والوقت المخصص للمُناقشةِ لكُلّ جلسة كانَ مِنَ الضروري أَنْ يكُونَ مخططاً لها بدقةٍ.

النشاطاتُ التي تَرْبطُ أعضاء المجموعة سوياً (كسر الجمود)

كانت النشاطاتُ التي تَرْبطُ أعضاء المجموعة سوياً (كسر الجمود) مهمة جداً في الجلساتِ الأولى القليلة لمُسَاعَدَة الأعضاء ليُصبحُوا متعارفين ومُتآلفين وللبَدْء بوَضْع المعاييرِ (Smead, 1995). وقد استغرق نشاط التَعْارف واستهلك أغلبيةِ وقت الجلسةِ الأولى لأنه من المُهمِ تَأسيس تماسكِ المجموعةِ ومعاييرِها. وكانت الجلسات التالية مركّزَة أكثرَ على المحتوى (Content focused)، حيث كانَ يكرّسُ حوالي نِصْفِ وقتِ المجموعةِ للعَمَل من خلال النشاطاتِ. وبعد معالجة نشاطِ الجلسة، كانت الباحثة بوصفها قائدة للمجموعة تستخدم تقليداً

وطقوساً بسيطةً لإغلاق (Closure) الجلسة (وبمعنى آخر: مصافحة المجموعةِ، حيث تُشكّل المشاركات دائرةً ويَشدون على أيدي بعضهن البعضِ). وقد أوصىَ بيترسون (Peterson, 1995)، باستعمالِ نشاطِ إغلاق في كُلّ جلسة بحيث يتم إنهاء الجلسة بنوع من الخلاصة أَو نشاطِ الترَابط، سواء كان المرشد سيقدمها بنفسه أَو سيتيح للمشاركين الفرصةَ لتأديتها. وتتضمن رسالةُ التذكير المتأصّلة في الإغلاقِ (التغذية الراجعة) أن مُناقشتَهم كانت هادفةً، وبأنّهم يَشتركونَ في الكثير من الهموم والمخاوفِ المشتركةِ، وبأنّهم قد سُمِعوا فعلاً. ويُوصلُ التَعَوُّد على الإغلاقِ المنظّمِ رسالة لأفراد المجموعة بأنَ الوقتَ سَيَكُونُ متوفراً ومجهّزاً ومحمياً للعودة ثانية والتأمل سوية فيما حدث في الجلسة (p. 5). كما استخدمت خلالِ الجلسات الأسئلةِ العمليةِ المستمدة مِنْ كتاب المهاراتِ والتكنيكاتِ للعمل الجمعي مَع الأطفالِ والمُراهقين (Smead, 1995, pp. 163-164).

الإنـهاء لعملِ المجموعة

من المُهمِ بشكلٍ خاص في مجموعة من مثل هذه، التي تَتعاملُ مع قضايا الإجهاد والقلق والخسارةِ، من الضروري مُعَالَجَة إنهاء المجموعةِ بعناية جداً. ويجب هنا أن يبدأ المرشد بالتحدّثِ عن إنهاء المجموعةِ قبل اثنتين إلى ثلاث جلساتِ مُقدماً (Smead, 1995). وقد رُوعي التقيد بذلك في برنامج المجموعة المصمم للدراسة الحالية.

وقد تضّمن البرنامج **التركيز على (٧) سبعة مواضيع** رئيسية كالتالي: التعريف بالبرنامج والتعارف والبناء وما هي مشكلتك: أنا أدعم أسرتي مراجعة الأهداف والتعرّف على المشاعر وتخصيصها والتعامل مع الأدوار الجديدة والتجربة الشخصية عن المرض وتأثيراته والتغييراتِ في العائلةِ التي حَدثتْ بسبب المرض؛ ومعلومات علمية عن المرض وطرقِ التعامل مع القلق والاكتئاب وتَحَمُّل الحزنِ وأخيراً الدمج والتكامل والإنهاء والتقويم. وقد تخلّلت جلسات الإرشاد

الجمعيـة عمليـة تقيـيم دوري لمـدى اسـتفادة المـشاركات مـن البرنـامج والقـضايا الـسلبية والإيجابيـة المتعلقة به من خلال نماذج التقييم الدورية (ملحق ٦/أ) بالإضـافة إلى تقييم نـهائي (ملحق 6/ب) في الجلسة الختامية. كما استخدم عدد من الأسـاليب والفنيّات الإرشاديّة كالشرح وإعطـاء التعليمات والنّمذجة ولعب الدّور والتّعزيز والتّغذيـة الرّاجعة والواجبات البيتيـة. وبشكلٍ خاص فنيات الإرشاد الجمعـي العلاجيـة (Yalom, 1983, 1995)، مثـل الثقـة والتماسـك وإظهـار الاهتمـام والتقبـل والكشف عن الذات والتنفيس الانفعالي.

وقد تمَّ التحقّق من الصِّدق المنطقي لبرنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسـة الحاليـة من خـلال عرضـه علـى مجموعـة مـن المحكمّين المختـصين (**الملحق رقم ٦**)، تألفت مـن عشرة (10) أسـاتذة مـن المختـصين فـي الإرشـاد وعلـم الـنفس مـن حملـة شـهادة الدكتوراه، مـن أقسام علـم النفس في الجامعات الأردنية، لتحديد مدى مُناسبته للأهداف التي أُعدَّ من أجلها، وقد ارتأت لجنـة المحكمين أنَ البرنـامج مناسب مـع إجراء بعض التعديلات، وعلـى ضـوئه تم تطبيق البرنـامج بعد إجراء التعديلات المطلوبة.

وقد تـم بنـاء **برنـامج الإرشـاد الجمعي** للمراهقات فـي الدراسـة الحاليـة استناداً إلـى صـيغة المجموعة المنظمة، مع التركيز على عدة قضايا أساسية في الإرشاد الجمعي وهي: صـفات المرشد وإدراك المسترشدين للمرشـد والتحـالف العلاجي والمنـاخ الجمعي للعمليـة الإرشـادية، ووضـع أهداف محددة وواضـحة، وطرح المواضيع ذات الصلة وتطوير حدود (Limits) معلنة وصريحة ومباشرة، والاتفـاق علـى قواعـد عمـل (Ground Rules) واضـحة وتتناسـب مـع المرحلـة العمريـة الخاصـة بالعينـة، ومراعاة التقيُد بعوامل التنظيم والبنـاء (Structure) والتـي تتضمن تحديد فكرة رئيسية أو موضـــوع (Topic) لتتعــامـل معـه المجموعة والعمل علـى تطـوير الثقـة بالمجموعـة (Trust)

حيث تعد أساس مرحلة الاستكشاف (Exploration) خلال عملية الإرشاد الجمعي، مع مراعاة حاجة الأطفال للشعور بالأمن ليتمكنوا من استكشاف أفكارهم ومشاعرهم الحقيقية، والعمل على إنشاء الثقة ودعم المناخ العلاجي المتصف بالانفتاح (Openness) في المجموعة، لكي يبقى الطفل ملما ومطلعاً على التغييرات التي تحدث معه ولغيره داخل المجموعة ومساعدته في إنشاء وتطوير الأهداف والاستمرار في تطوير الثقة والتماسك وتقديم الدعم والتشجيع للأطفال داخل المجموعة.

كما روعي في تطبيق البرنامج عدة قضايا ، ومنها التعامّل مع أهم القضايا غير المنهية (Unfinished business)، التي برزت خلال الجلسات، والتي ارتبطت بمرض الأم وذات العلاقة بالصعوبات النفسية والعلاقات مع الأقران والنزاعات العائلية، من خلال استخدام تكنيكات الإرشاد الجمعي، والتركيز على قضايا **عمليات المجموعة** التي تتطور من خلال مراحل تقدم المجموعة الإرشادية وخصوصاً مرحلتي التحول (Transition Stage) حيث تتصف هذه المرحلة بالقلق وإظهار الكثير من الدفاعيات والمقاومة وظهور الصراعات بين الأعضاء، ومرحلة العمل (Working Stage) ، التي تتميز بظهور الكثير من ديناميكيات الكشف عن الذات والتنفيس الانفعالي والتغذية الراجعة والتماسك (Cohesion) والإنهاء (Ending Stage) حيث أفاد المختصون في الإرشاد الجمعي بضرورة التمهيد للنهاية واطلاع الأطفال على عدد الجلسات المتبقية للعمل على مساعدة الأطفال على عدم تشكيل تعلقات مع الكبار الذين يظهرون الرعاية والاهتمام والحنان (Corey & Corey, 1997). وهذا ما قامت به الباحثة قبل ثلاث جلسات من انتهاء البرنامج.

الآلية التي سارت عليها جميع جلسات البرنامج الإرشادي والمكرّرة في كل جلسة:

1- الترحيب بالأعضاء وشكرهن على الحضور في موعد الجلسة.

2- كسر الجمود بين الأعضاء بالسؤال عن أحوالهن وطرح سؤال المرح لمن ترغب في الإجابة عليه.

3- مراجعة موضوع الجلسة السابقة بشكل سريع.

4- مراجعة قواعد الجلسات الإرشادية.

5- مراجعة الواجبات البيتية.

6- تقديم التعزيز والتغذية الراجعة من الأعضاء والمرشدة.

7- تقديم موضوع الجلسة الحالية واستخدام الفنيات المناسبة.

8- تشجيع الأعضاء على التعاون وتقديم التعاطف والدعم لبعضهم البعض.

9- تلخيص المرشدة لحديث المشاركات، وعمل تلخيص نهائي لمحتوى الجلسة.

10- تقديم الواجبات البيتية وتوضيحها للأعضاء، وتحديد زمان الجلسة القادمة ومكانها وإنهاء الجلسة.

خامساً: ملخّص مواضيع برنامج الإرشاد الجمعي

الجلسة الأولى: هدفت الجلسة الأولى لتأسيس وإنشاء علاقة ودية بين المرشدة والأعضاء وما بين الأعضاء، ولتبادل التعارف بين أفراد المجموعة الإرشادية، وتفسير سبب وجود أعضاء المجموعة في البرنامج (مرض الأم المزمن)، بشرح ما سنقوم به؟ ومتى سنلتقي؟ سوف نتحدث ونمارس الألعاب، قراءة الكتب، الرسم، سنجتمع مرتين في الأسبوع لمدة أربعة- خمسة أسابيع، واستخدام نشاط الافتتاحية: التحقق من درجات المشاعر: على مقياس تقييم ما هو شعورك لهذا

اليوم (من ١ إلى ٨)، ونموذج (القارب والمشاعر)، وإشراك الطالبات بوضع قواعد المجموعة، والتعرف على توقعات المشاركات في البرنامج الإرشادية وتقديم الواجب البيتي الأول.

الجلسة الثانية: هدفت الجلسة الثانية لزيادة دافعية الأعضاء للمشاركة في المجموعة، مراجعة الواجب البيتي (الأفكار والسلوك والمشاعر) تأسيس علاقة ودية محبة بين المرشدة والأعضاء وما بين الأعضاء، شرح ما هو الإرشاد الجمعي، وتقديم تعليقات من الأعضاء عن المشكلة (التجربة الشخصية عن المرض وتأثيراته)، وتصورات الطالبة لمرض الأم وكيفَ أثر على الأسرة وعلى دور الأم، مناقشة الصور والمواضيع المعروضة والتحدث عن قصص نجاح في مقاومة الأمراض المزمنة، مراجعة الواجب البيتي.

الجلسة الثالثة والرابعة: نشاط الافتتاح: التحقق من درجة حدة المشاعر: على مقياس تقييم ما هو شعورك لهذا اليوم (من ١ إلى٨) ومراجعة الواجب البيتي، وأن يكون الموضوع الرئيسي الارتباط بالآخرين[1] والارتباط بالآخرين[2]،.

الجلسة الخامسة والجلسة السادسة: التعرف على المشاعر[1]، التعرف على المشاعر[٢] ، تعلمت المشاركات التمييز بين الأفكار والمشاعر والتدابير والتعرف على المشاعر الايجابية والسلبية والتحقق من المشاعر، الإشارة للشعور لهذا اليوم على ملصق المشاعر (القارب والمشاعر).

الجلسة السابعة: التعلم النفسي والفسيولوجي عن المرض (استضافة إحدى الطبيبات) لطرحِ الأسئلة عن أمراض الأمهات والتعلم عن النظام الغذائي في الأمراض المزمنة، ومعرفة الآثار المترتبة عن العلاجات والأدوية وعلم وظائف الأعضاء، التعرف على العادات السيئة بالنسبة للأطعمة المفيدة والضارة.

الجلسة الثامنة والجلسة التاسعة: التغييرات في المنزل[1]: دوري الجديد ، التغييرات في المنزل[2]، التعرف على كيفية التعامل مع التغيرات ومعنى الإجهاد المتعلق بالدور الجديد، شرح معنى المرونة والتماسك وتحديد الأدوار التي يمكن للمشاركات من خلالها تقديم المساعدة داخلِ المنزل للأم المريضة، وإتاحة الفرصة للمشاركات للتعبير عن قلقهن المرتبط بمشاعر الانفصال والخوف واستخدام أساليب جديدة للتخفيف من القلق والحزن باستخدام النقاش والحوار ولعب الأدوارِ. : شرح مفهوم الاستثناءات والأمل تشجيعهم على البحث دائما عن الأمل ومعرفة العوامل التي تؤدي إلى الإحباط وفقدان الأمل ومناقشتها مع المجموعة وتبادل الخبرات. مع تَمَيّزُ المصادرِ المُخْتَلِفةِ المسببة للإجهادِ في العِلاقاتِ مَع الأسرِ، تشَجيَع المشاركين على تقُبُل الطبيعةِ المتغيرةِ لعِلاقاتِهم بسبب وضع المرض والمرحلة العمرية (المراهقة)،عرض الفَهْم لمعنى الإجهادِ، تمييز مصادر الإجهادِ في العائلة، والعمل بتعاون مَع الآخرين في مجموعةِ، حيث يعتبر الإجهادِ التجربة العاطفية للضِيقِ الإجهاد أَو الضغط والذي ينتجُ عن عواملَ خارجية أَو عوامل داخليةِ، ويمثل المرض وتأثيراته العامل الخارجي القوي المسبب للإجهاد ويُواجه العديد مِنَ المُراهقين بالإضافة لذلك مدى من العواملِ الخاصة الداخلية المسببة للإجهادِ في حياتِهم، وهذا يَحْدثُ في أغلب الأحيان بسبب الرغبةِ الطبيعيةِ للاستقلالِ الأعظمِ وتغييراتِ سنِ البلوغ بالإضافة إلى الخبرات الطبيعيةِ والعقلية والفكرية والاجتماعية الجديدةِ التي يُواجهها المُراهقون، وتركّزت نشاطاتُ التَعَلّم هذه على الإجهادِ في العِلاقاتِ العائليةِ، وزُوّدت المشاركات بصفحة معلوماتٍ عن عوامل الإجهادِ الرئيسيةِ وأسباب الإجهادِ والنَتائِجِ الجسديةِ للإجهادِ.

الجلسة العاشرة والحادية عشرة: وهدفت الجلستان لتعلم مهارات المواجهة، لزيادة الفهم لسبل حماية النفس من الضيق/ الخوف، الحزن، مع التطرق للخبرات وللنتائج الواقعة مع المشاركات، بالتعرف والاكتشاف الذاتي للوسائل التي تتعامل المشاركات بها مع الموقف المؤثر كيفية التعامل مع مشاعر القلق الاكتئاب وشعورهن بتقدير الذات، والاستبصار بنتائج وآثار تلك الاستراتيجيات، تدريب أعضاء المجموعة على استخدام مهارة المواجهة ورسم صورة لجسر الانتقال من مكان ما إلى مكان للتعرف على أنواع مهارات المواجهة، توضيح بعض المهارات مع أمثلة وسرد القصص. فحص مستوى التوتر والقلق لاجتماعي والتوتر النفسي والجسمي، معرفة أنماط التفكير تدريب أعضاء المجموعة على طرق التفكير والبناء المعرفي التدريب على استبدال الأفكار السلبية بأفكار ايجابية لدعم تطور المجموعة وإتاحة المجال للتنفيس الانفعالي للتفاعل البناء والمواجهة، والتهيئة لمواقف الانفصال المؤقت المحتملة.

الجلسة الثانية عشرة والجلسة الثالثة عشرة: ركّزتْ هذه الجلسات على قضايا التواصل الفعال مع أفراد الأسرة وعلى حَلّ المشكلةِ حيث مارست المشاركات وتدربن مع بعضهن البعض على طرقِ حل المشكلةِ، وعلى التحضيرِ للعَمَل مَع آبائِهم لحَلّ المشكلة، وقد هدفت هذه الجلسةُ النهائيةُ لتَشجيع أعضاء المجموعةِ على اسْتِعْمال المهاراتِ التي نوقشتْ في كافة جلسات المجموعاتِ لحَلّ مشاكلِهم الخاصةِ (Amatea, Thompson, Rankin-Clemons, & Ettinger, 2010)، للتدرب على ممارسة هذا المنظور، تطْلبُ المرشدة مِنَ المشاركات رِواية قصّة التي يُصورّنَ فيها موقف مشكلةٍ افتراضيةٍ تتعلق بمرض الأم وما يحدث داخلَ البيت أو المدرسة، وبعد ذلك طْلبَ مِنْ جميع أعضاء المجموعة المَجيء بحلول قدر المحتمل (توليد البدائل)، بعد تَوليد الحلولِ المحتملةِ، تساعد المشاركات على تخيّلِ النتائجَ المحتملةَ لكلٍ من تلك الحلولِ، بعد مُرَاجَعَة النتائجِ المحتملةِ، تتناقش المشاركات ضمن مجموعات صغيرة لكي يُقرّرن أَيّ

واحد أو اثنين من الحلول قَدْ يَكُونانِ الأفضل، من ثمّ يُطلب مِنَ المشاركات العمل على تطبّيقِ الحلولِ المختارة في الحقيقة في الواقع (الواجب البيتي) وأن يُقيّمن مدى فعّاليتها في حَلّ موقف المشكلةِ، بالإضافة لتقييم التقدم ومراجعة ما تعلمته المجموعة.

الجلسة الثالثة عشرة: هدفت الجلسة الأخيرة للتعرف على مدى انجاز التوقعات المشاركات من البرنامج لمعرفة مدى نجاح المجموعة في تحقيق الأهداف وانجاز التوقعات للمشاركات وذلك بتطبيق ما تعلموه في الحياة اليومية وتحقيق الاستفادة القصوى من البرنامج. وبالإضافة لذلك، في هذه المرحلةِ النهائيةِ للجلسةِ الأخيرةِ احتفلت المجموعة بحضور الأمهات بإنجازاتِ أسرِ المشاركات في إكْمال البرنامجِ (ما استفادته الأسر من مشاركة الفتيات).

سادساً: إجراءات الدراسة

تم تنفيذ الدراسة باعداد المادة النظرية والتجريبية وباختيار عينة الدراسة وتنفيذ البرنامج الإرشادي وأدواتِ الدراسة والصورة النهائية للدراسة وفقاً للخطوات التالية:

- ✓ حصول مشروع البحث على موافقة مجلس المُراجعَة المؤسسي (IRB Approval) في الجامعة الهاشمية (الملحق ١٤) حيث تخضع الدراسة وتمر ضمن إجراءات المراجعة الخاصة بمجلسِ المراجعة المؤسسي في الجامعة. وقد بدأت عملية جمعِ البيانات وإجراءات إنشاءِ وتنظيم المجموعة الإرشادية بعد الحصولِ على موافقة المجلس على إجراءِ الدراسة حسب الأصولِ.

- ✓ مخاطبة الجهات الرسمية في الجامعة الهاشمية للحصول على الموافقات الرسمية والفنية اللازمة، وبشكل أساسي الحصول على الموافقة على إجراء الدراسة في المراكز الصحية

التابعة لوزارة الصحة والمدارس المعنية التابعة لمديرية التربية والتعليم في الزرقاء الأولى ومركز الأميرة سلمى للطفولة التابع لوزارة الثقافة في مدينة الزرقاء.

- ✓ تجميع مادة الإطار النظري وترجمة الدراسات السابقة وتوظيفها لغايات الدراسة.
- ✓ إعداد أدوات الدراسة وتقنينها واستخراج الخصائص السيكومترية لضمان صدقها وثباتها.
- ✓ إعداد المادة العلمية للبرنامج الإرشادي استناداً للأدب النفسي النظري والعملي، ومن ثم تحكيم أدوات الدراسة (بما فيها البرنامج الإرشادي) من خلال عرضها على مجموعة من المحكمّين المختصين للتحقق من صدقها المنطقي الظاهري تتألف من عشرة (10) أساتذة من المختصين في الإرشاد وعلم النفس من حملة شهادة الدكتوراه، من أقسام علم النفس في الجامعات الأردنية في الإرشاد النفسي والصحة النفسية.
- ✓ إجراء دراسة مسحية لجمع المعلومات الديموغرافية والاجتماعية بطريقة منظمة عن مجتمع الدراسة في المدارِس التابعة لمديرية التربية والتعليم في مدينة الزرقاء، بعد فرز حالات الأمهات المريضات في المراكز الصحية المعنية في مدينة الزرقاء في مرحلة الدراسة الاستطلاعية الأولية (Pilot Study)، وتطبيق مقاييس الدراسة الأربعة، تمهيداً لاختيار عينة الدراسة والتعرّف على خصائص مجتمع الدراسة، والوصول لبيانات الطلبة وفرز الحالات التي تنطبق عليها شروط الدراسة (أطفال من الإناثِ في سن (12-14) تقريباً ممن يعشن في أسرٍ تكون فيها الأم مريضة بمرض مزمن).
- ✓ تطبيق أدوات الدراسة (مقاييس وتقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسري) للكشف عن وجود مشكلات يستهدفها برنامج الإرشاد الجمعي، واختيار أعلى (50) طالبة ممن يسجلن درجات على هذه المقاييس تشير لوجود صعوبات ومشكلات جدية، ويضمن عدد العينة

بهذا قوة إحصائية تبلغ (0.80) (Lane & Tang, 2000). ويرَى كوهين (Cohen, 1992) أنَ تحليل القوة الإحصائية ينبغي أن يستطلع العلاقات بين المتغيرات الأربعة المطلوبة في الاستدلالِ الإحصائي وهي: (١) حجم العينة (٢) مستوى الدلالة α؛ (٣) حجم التأثير (η^2)؛ (٤) القوة الإحصائية.

- ✓ التوزيع العشوائي لأفراد عينة الدراسة من الطالبات في مرحلة المراهقة المبكرة ممن هن في سن (12–14) سنة تقريباً من اللواتي انطبقت عليهن خصائص الأبناء الذين يعيشون في أسر (تكون الأم فيها مريضة بمرض مزمن) في المدرسة، والدرجات المرتفعة على مقاييس الدراسة (مع اعتبارِ درجاتهن هنا على مقاييسِ الدراسة الأربعة هي المقاييس القبلية Pre-Tests) على مجموعتين متكافئتين ومتساويتين بحيث يكون العدد في كل منها (١٦) طالبة كما يلي: المجموعة التجريبية والمكونة من (١٦) طالبة موزعات على مجموعتين، والمجموعة الضابطة والمكونة من (16) طالبة، ولهذا فالعدد الإجمالي بلغَ (8) طالبة في كل مجموعة من مجموعاتِ الدراسة الأربع المكونة من المجموعات التجريبية وعددها اثنتان (2) والضابطة وعددها اثنتان (2).
- ✓ إجراء وتطبيقِ البرنامج الإرشادي على أفرادِ المجموعة التجريبية ومدته (7) أسابيع (أي حوالي شهرين) ومن ثمَ تطبيقِ المقاييس مباشرة بعدَ انتهاء البرنامج على أفراد العينة بأكملها (ن=32) طالبة للحصولِ على درجاتِ القياسِ البعدي (Post-Test)، وإعادة تطبيقِ المقاييس مرة ثالثة فقط على المجموعة التجريبية (ن=16) طالبة بعدَ مرورِ شهرٍ (1) واحد على القياسِ البعدي للحصول على درجات القياس التتبعي (Follow-Up).
- ✓ إدخال البيانات إلى جهاز الحاسوب ومعالجتها بواسطة رزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وإجراء التحليلات الإحصائية اللازمة المتمثلة في استخراج

التّكرارات والنسب المئويّة والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ومعاملات الاتساق والارتباط وأسلوب تحليل التباين المشترك (Analysis of Covariance [ANCOVA])، للمقارنات البعدية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي واختبار (T-test) للمقارنات الحسابية لعينات مستقلة، ولعينات زوجية مرتبطة للمجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة الثلاث.

تصميم الدّراسة ومتغيراتها

يستخدم في هذه الدراسة المنهج البحثي التَّجريبي بقياسات قبلية وبعدية لمجموعتين تجريبية وضابطة وتتبعية للتجريبية فقط، ويمكن التعبير عن تصميم الدراسة الحالية كما يلي:-

(G1) : المجموعة التّجريبيّة.

(G2) : المجموعة الضّابطة.

(O1): القياس القبلي.

(X): المعالجة.

(.): بدون معالجة.

(O2): القياس البعدي.

(O3): قياس المتابعة.

G1	R O1 X O2 O3
G2	R O1 _ O2

المتغير المستقل: التعرّض لبرنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي والتعلم النفسي الاجتماعي.

المتغيرات التابعة: درجات المفحوصين في القياسات البعدية والتتبعية على مقاييس الدراسة الأربعة الخاصة بالتوافق النفسي والاجتماعي التالية: مقاييس تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسري.

المعالجة الإحصائيَّة المستخدمة في الدِّراسة

تستند هذه الدراسة إلى المنهج التجريبي التام، وللوصول إلى وصفِ أفراد العينة ونتائج الدّراسة والتحقق من فرضياتها، ثم استخراج التّكرارات والنسب المئويّة والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وذلك باستخدام التحليل الوصفي واستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين، واختبار (ت) لعينتين مترابطتين، وذلك للمقارنة بين متوسطات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسات القبلية والبعدية، وفي القياس التتبعي للمجموعة التجريبية فقط، وقد تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي المشترك (Analysis of Covariance [ANCOVA])، وذلك بواسطة إدخال البيانات الخاصة بالدراسة إلى جهاز الحاسوب ومن ثم معالجتها وتحليلها إحصائياً باستخدام رزمة البرامج الإحصائيّة للعلوم الاجتماعية (SPSS).

الفصل الرّابع

نتائج الدراسة

- أولاً: النَّتائج المُرتبطة بالفرضيَّة الأولى
- ثانياً: النَّتائج المُرتبطة بالفرضيَّة الثّانية
- ثالثاً: النَّتائج المُرتبطة بالفرضيَّة الثّالثة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

للتحقق من صحة فرضيات الدراسة، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وذلك باستخدام التحليل الوصفي، كما تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي المشترك (ANCOVA)، للمقارنة بين متوسطات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي والقبلي، ولعزل الفروق بين بيانات القياس القبليَّ والقياس البعدي لدى أفراد عينة الدراسة، بالإضافة لاستخدام قيمة مربع إيتا(η^2)، لحساب حجم التأثير/ الأثر (Effect Size) الذي سجله البرنامج الإرشادي المستخدم على المتغيرات التابعة، هذا إضافة إلى استخدام اختبار (ت) (T- test) للعينة المترابطة (Paired-Sample t- test)، للمقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية. وقد تم تحليل هذه البيانات إحصائياً باستخدام رزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

وفيما يلي عرض للنتائج التي تم الوصول إليها ومناقشتها مصنفة وفقاً لتتابع الأسئلة التي طرحتها الأسئلة وتضمنتها فرضيات الدراسة الحالية.

أولاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى للدراسة والتي تنصّ على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية اللواتي طبق عليهن برنامج الإرشاد الجمعي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة اللواتي لم يطبق عليهن أي برنامج إرشادي، على مقاييس الدراسة الأربعة: تقدير الذات، والقلق ،والاكتئاب، والمناخ الأسرِي في الاختبار البعدي".

ويوضح الجدول (6) نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأداء للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقاييس الدراسة الأربعة (تقدير الذات والقلق والاكتئاب ومقياس المناخ الأسري) في القياسات القبلية والبعدية.

الجدول (6). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأداء على مقاييس الدراسة الأربعة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياسات القبلية والبعدية

الأداة	المجموعة	القياس			
		القبلي		البعدي	
		المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
تقدير الذات	التجريبية	١٥.٥٥	٥.٤٢	27.80	3.85
	الضابطة	١٨.٥٢	٢.٨٥	18.57	1.87
القلق	التجريبية	٨١.٧٨	١٨.٠٤	42.45	11.64
	الضابطة	٨٣.٧٢	١٠.٩٩	84.65	9.74
الاكتئاب	التجريبية	٦٢.٩٨	٨.٩٢	35.83	10.27
	الضابطة	٦٦.٥٤	٩.٩٠	67.48	7.78
المناخ الأسري	التجريبية	99.00	27.77	145.26	21.34
	الضابطة	104.94	25.12	104.50	25.161

أولاً: مقياس تقدير الذات

تم حساب المتوسطات الحسابية المعدّلة والأخطاء المعيارية للدرجاتِ على مقياس تقدير الذات في الاختبارِ البعدي لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وذلك بعد الأخذ بعين الإعتبار درجات القياس القبلي لفقرات مقياس تقدير الذات لكل من المجموعتين وذلكَ كمتغير مشترك لوجود التباين في المقياس البعدي لمقياس تقدير الذات، كما يتضح في الجدول رقم (7).

الجدول (7). المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية للأداء على مقياس تقدير الذات في القياس البعدي لدى أفراد عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	28.48	0.841
الضابطة	17.90	0.841

ويبين الجدول (8) نتائج تحليل التباين المشترك لمقياس تقدير الذات البعدي وفقاً لمتغير المجموعة. حيث بلغت قيمة "ف" (66.85)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ($0.05>\alpha$) ما يؤدي إلى قبول الفرضية البحثية ورفض الفرضية الصفرية ، أي أنه يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي على مقياس تقدير الذات. حيث يتبين كما يتضح في الجدول (7) أنَ المتوسط الحسابي المعدّل لمقياس تقدير الذات البعدي للمجموعة التجريبية (م=28.48) كانَ أعلى من المتوسط الحسابي المعدّل للمجموعة الضابطة (م=17.90).

الجـدول (8). تحليـل التبـاين المـشترك (ANCOVA) لمقيـاس تقـدير الـذات البعـدي وفقـا لمتغيـر المجموعة (التجريبية والضابطة) لدى أفراد عينة الدراسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا (η^2)
المتغير المشترك	22.221	1	22.221	2.410	0.133	0.085
المجموعة	616.548	1	616.548	66.855	0.000	0.720
الخطأ	239.776	26	9.222			
الكلي	18166.463	32				
الكلي المصحح	956.700	31				

معامل التفسير (R^2=0.701)

ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في التباين في الأداء على مقياس تقدير الذات فقد تم استخراج مربع ايتا (Effect Size)، حيث بلغَ (0.720)، وهي قيمة مرتفعة نسبياً أي أن البرنامج الإرشادي كانَ له أثر كبير في تحسين الدرجات على مقياس تقدير الذات لدى المجموعة التجريبية، ولتحديد الدلالة العملية للفروق بين القياسين القبلي والبعدي والتي توضح نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في التباين بين المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس تقدير الذات، فقد تم استخراج معامل التفسير (R^2) حيث بلغت قيمته (0.701) وهي قيمة مرتفعة نسبياً، ما يعني أن البرنامج الإرشادي ساهم بنسبة (70.1%) من التحسّن في درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس تقدير الذات.

ثانياً: مقياس القلق

تم احتساب المتوسطات الحسابية المعدلّة والأخطاء المعيارية للدرجات على مقياس القلق في الإختبارِ البعدي لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وذلك بعد الأخذ بعين الاعتبار مقياس القلق القبلي على فقرات مقياس القلق لكل من المجموعتين وذلكَ كمتغير مشترك لوجود التباين في المقياس البعدي لمقياس القلق، كما يتضح في الجدول رقم (9).

الجدول (9). المتوسطات المعدلة والأخطاء المعيارية للأداء على مقياس القلق لدى أفراد عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	39.88	2.81
الضابطة	87.22	2.81

ويبين الجدول (10) نتائج تحليل التباين المشترك لمقياس القلق البعدي وفقاً لمتغير المجموعة، حيث كانت قيمة "ف" (163.75)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (α=<0.05) ما يؤدي إلى قبول الفرضية البحثية ورفضِ الفرضية الصفرية ، أي أنه يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي على مقياس القلق. حيث تبين أن المتوسط الحسابي المعدّل للدرجات على مقياس القلق البعدي للمجموعة التجريبية (م=39.8) كانَ أدنى من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (م=87.2)، كما يتضح في الجدول (9).

الجـدول (10). تحليـل التبـاين المـشترك (ANCOVA) لمقيـاس القلـق البعـدي وفقـاً لمتغيـر المجموعة (التجريبية والضابطة) لدى أفراد عينة الدراسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا (η^2)
المتغير المشترك	0.058	1	0.058	0.001	0.981	0.00
المجموعة	12349.92	1	12349.92	119.13	0.000	0.821
الخطأ	2695.288	26	103.665			
الكلي	146965.6	32				
الكلي المصحح	17706.3	31				

معامل التفسير (R^2=0.81)

ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في التباين في الأداء على مقياس القلق فقد تم استخراج مربع ايتا (Effect Size)، حيث بلغَ (0.82) وهي قيمة كبيرة أي أن البرنامج الإرشادي له أثر كبير على تحسين مقياس القلق لدى المجموعة التجريبية، ولتحديد الدلالة العملية للفروق بين القياسين القبلي والبعدي والتي توضح نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في التباين بين المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس القلق، فقد تم استخراج معامل التفسير (R^2) حيث بلغت قيمته (0.81) وهي قيمة مرتفعة، ما يعني أن البرنامج الإرشادي ساهم بنسبة (81%) من التحسّن في الدرجات على مقياس القلق.

ثالثاً: مقياس الاكتئاب

تم احتساب المتوسطات الحسابية المعدلّة والأخطاءِ المعيارية للدرجات على مقياس الاكتئاب في الاختبارِ البعدي لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وذلك بعد الأخذ بعين الإعتبار المقياس القبلي للدرجات على فقرات الاكتئاب لكل من المجموعتين وذلكَ كمتغير مشترك لوجود التباين في المقياس البعدي للاكتئاب، كما يتضح في الجدول (11).

الجدول (11). المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية للأداء على مقياس الاكتئاب البعدي لدى أفراد عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	المتوسط الحسابي المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	34.859	2.530
الضابطة	68.456	2.530

ويبين الجدول (12) نتائج تحليل التباين المشترك لمقياس الاكتئاب البعدي وفقاً لمتغير المجموعة، أنَ قيمة "ف" بلغت (74.46) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (α=<0.05) ما يؤدي إلى قبول الفرضية البحثية ورفض الفرضية الصفرية ، أي أنه يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي على مقياس الاكتئاب، حيث يتبين أن المتوسط الحسابي المعدل لمقياس الاكتئاب البعدي للمجموعة التجريبية (م=34.8) كانَ أقل من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (م=68.4) كما يتضح في الجدول (11).

الجـدول (12). تحليـل التبـاين المـشترك (ANCOVA) لمقيـاس الاكتئـاب البعـدي وفقـا لمتغيـر المجموعة (التجريبية والضابطة) لدى أفراد عينة الدراسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا (η^2)
المتغير المشترك	102.883	1	102.883	1.232	277.0	0.045
المجموعة	6219.404	1	6219.404	74.468	0.000	0.741
الخطأ	2171.454	26	517.83			
الكلي	95898.391	32				
الكلي المصحح	10506.735	31				

معامل التفسير (R^2=0.75)

ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في التباين في الأداء على مقياس الاكتئاب، فقد تم استخراج مربع ايتا (Effect Size)، حيث بلغَ (0.74) وهي قيمة كبيرة، أي أن البرنامج الإرشادي له أثر كبير على تحسين الدرجات على مقياس الاكتئاب لدى عينة الدراسة في الاختبارِ البعدي، ولتحديد الدلالة العملية للفروق بين الفياسين القبلي والبعدي والتي توضح نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في التباين بين المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الاكتئاب، فقد تم استخراج معامل التفسير (R^2) حيث بلغت قيمته (0.75) وهي قيمة مرتفعة نسبياً، أي أن البرنامج الإرشادي ساهم بنسبة (75%) من التحسن على مقياس الاكتئاب.

رابعاً: مقياس المناخ الأسري

تم احتساب المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية للدرجات على مقياسِ المناخ الأسري في الاختبار البعدي لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وذلك بعد الأخذ بعين الإعتبار المقياس القبلي لفقرات مقياسِ المناخ الأسري لكل من المجموعتين وذلكَ كمتغير مشترك لوجود التباين في مقياسِ المناخ الأسري، كما يتضح في الجدول(13).

الجـدول (13). المتوسـطات الحـسابية المعدلـة والأخطـاء المعياريـة لـلأداء علـى مقيـاس المنـاخ الأسري لدى أفراد عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	144.77	6.114
الضابطة	105.00	6.114

ويبـين الجـدول (١٤)نتـائج تحليـل التبـاين المـشترك لمقيـاس المنـاخ الأسـري البعـدي وفقـاً لمتغيـر المجموعـة، حيـث بلغـت قيمـة "ف" (17.86) وهـي قيمـة دالـة إحـصائياً عنـد مـستوى (α=<0.05) ما يؤدي إلى قبول الفرضية البحثية ورفض الفرضية الصفرية ، أي أنه يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي على مقياس المناخ الأسري. ويتبين أن المتوسط الحسابي المعدل لمقياس المناخ الأسـري البعـدي للمجموعـة التجريبيـة (م=144.7) كـانَ أعلـى مـن المتوسـط الحـسابي المعـدل للمجموعة الضابطة (م=105.0)، كما يتضح في الجدول (13).

الجدول (14). تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لمقياس المناخ الأسري البعدي وفقاً لمتغير المجموعة (التجريبية والضابطة) لدى أفراد عينة الدراسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا (η^2)
المتغير المشترك	1947.825	1	1947.82	3.993	0.056	0.133
المجموعة	8716.530	1	8716.53	17.867	000.0.	0.407
الخطأ	12684.34	26	487.85			
الكلي	528725.79	32				
الكلي المصحح	29622.53	31				

معامل التفسير (R^2=0.49)

ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في التباين في الأداء على مقياس المناخ الأسري فقد تم استخراج مربع ايتا (Effect Size)، حيث بلغَ (0.407) وهي قيمة ضعيفة نسبياً أي أن البرنامج الإرشادي لم يكن له أثر كبير على تحسين الدرجات على مقياس المناخ الأسري لدى المجموعة التجريبية. ولتحديد الدلالة العملية للفروق بين القياسين القبلي والبعدي والتي توضح نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في التباين بين المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس المناخ الأسري، فقد تم استخراج معامل التفسير (R^2) حيث بلغت قيمته (0.49) وهي قيمة ضعيفة نسبياً، أي أن البرنامج الإرشادي ساهم بنسبة (49%) من التحسن على مقياس المناخ الأسرِي.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية للدراسة والتي تنصّ على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقاييس الدراسة الأربعة: تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسرِي في الاختبار القبلي، وبين متوسط درجاتهن في الاختبار البعدي على نفسِ المقاييس".

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم إستخدام إختبار " ت" للعينة المترابطة (Paired-Sample t-test)، ويوضح الجدول (١٥) المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية والأخطاء المعيارية لدرجتي القياس القبلي والبعدي على مقاييس الدراسة الأربعة (تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسري) لأفراد عينة الدراسة التجريبية وعددهم (16) مشاركة.

الجدول (15). المتوسط والانحراف المعياري والخطأ المعياري لدرجتي القياس القبلي والبعدي على مقاييس الدراسة الأربعة لأفراد عينة الدراسة التجريبية (ن=16)

المقياس		عدد المشاركين	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
تقدير الذات	القبلي	16	15.5563	5.42106	1.35526
	البعدي	16	27.8047	3.85529	0.9638
القلق	القبلي	16	81.7806	18.04186	4.51047
	البعدي	16	42.4531	11.64020	2.91005
الاكتئاب	القبلي	16	62.9828	8.92321	2.23080
	البعدي	16	8328.35	10.27865	2.56966
المناخ الأسري	القبلي	16	99.0062	27.77370	6.94343
	البعدي	16	145.2686	21.34475	5.33619

كما ويوضح الجدول (16) نتائج اختبار "ت" للفروق بين درجتي القياس القبلي والبعدي على مقاييس الدراسة الأربعة (تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسري) لأفراد عينة الدراسة التجريبية وعددهم (16) مشاركة.

الجدول (16). نتائج وقيمة اختبار (ت) "t" لدلالة الفروق بين متوسطات درجة القياس القبلي والبعدي على مقاييس الدراسة الأربعة لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية

المقياس		الفروق الزوجية					درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		م	ع	الخطأ المعياري	95% مدى الثقة في الفروق				
					أدنى	أعلى			
تقدير الذات	القبلي	-12.24	6.467	1.616	-15.69	-8.80	15	-7.576*	0.000
	البعدي								
القلق	القبلي	39.32	19.39	4.848	28.99	49.66	15	8.112*	0.000
	البعدي								
الاكتئاب	القبلي	27.150	16.20	4.051	18.51	35.78	15	6.701*	0.002
	البعدي								
المناخ الأسري	القبلي	-46.26	37.29	9.322	-66.13	-26.39	15	-4.962*	0.000
	البعدي								

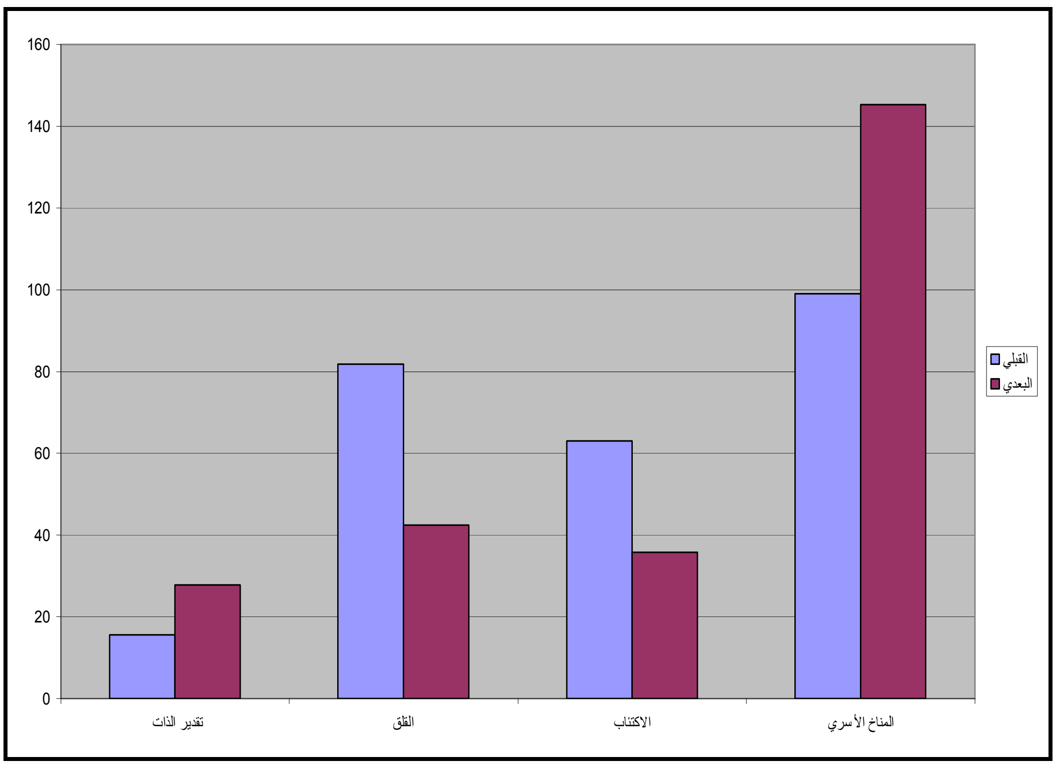
*دالّة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05)

وتشير بيانات الجدول (16)، أعلاه، إلى وجود فروق دالّية إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، بين درجات أفراد عينة الدراسة التجريبية المشاركين في البرنامج الإرشادي، على جميع مقاييس الدراسة الأربعة.

كما يبين الجدول (16) أن قيمة "ت" المحسوبة للفرق بين متوسطي درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي للمقاييس الأربعة (تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسري، قد بلغت

(7.5؛ 1.8؛ 7.6؛ و4.9)، على التوالي، وحيث إن قيمة "ت" الجدولية لهذه المقاييس الأربعة عند درجة حرية (15) وبمستوى دلالة لهذه المقاييس (0.000)، على التوالي، وجميع هذه القيم دالّة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، لذا فإن الفرق بين متوسطي القياس القبلي والبعدي على تلك المقاييس الأربعة يعد فرقاً دالاً إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، وبذلك يتم قبول الفرضية البحثية الثانية من فروض الدراسة ورفض الفرضية الصفرية .

ويوضّح **الشكل (3)** نتائج القياسات القبلية والبعدية للمجموعة التجريبية (ن=16) على مقاييس الدراسة الأربعة.



الشكل (3). نتائج القياسات القبلية والبعدية للمجموعة التجريبية (ن=16) على مقاييس الدراسة الأربعة

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة للدراسة والتي تنصّ على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على

مقاييس الدراسة الأربعة: تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسرِي في الاختبار البعدي، وبين متوسط درجاتهن في الاختبار التتبعي على نفسِ المقاييس".

للتحقق من صحة **فرضية الدراسة الثالثة،** تم إستخدام إختبار "ت" للعينة المترابطة (Paired-Sample t-test)، ويوضح الجدول (17) المتوسط والإنحراف المعياري والخطأ المعياري لدرجتي القياس البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة الأربعة: تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسرِي لأفراد عينة الدراسة التجريبية وعددهم (16) مشاركة.

الجدول (17). المتوسط والانحراف المعياري والخطأ المعياري لدرجتي القياس البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة الأربعة لأفراد عينة الدراسة التجريبية (ن=16)

المقياس		عدد المشاركين	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
تقدير الذات	البعدي	16	27.804	3.855	0.963
	التتبعي	16	27.242	2.262	0.565
القلق	البعدي	16	42.453	11.640	2.910
	التتبعي	16	39.453	4.307	1.076
الاكتئاب	البعدي	16	35.832	10.278	2.569
	التتبعي	16	37.271	7.014	1.753
المناخ الأسري	البعدي	16	145.268	21.344	5.336
	التتبعي	16	158.581	7.865	1.966

كما ويوضح الجدول (18) نتائج اختبار "ت" للفروق بين درجتي القياس البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة الأربعة (تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسري) لأفراد عينة الدراسة التجريبية وعددهم (16) مشاركة.

الجدول (18). نتائج وقيمة اختبار (ت) " t" لدلالة الفروق بين متوسطات درجة القياس البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة الأربعة لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية (ن=16)

المقياس		الفروق الزوجية					درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		م	ع	الخطأ المعياري	95% مدى الثقة في الفروق				
					أدنى	أعلى			
تقدير الذات	البعدي	0.56	4.022	1.005	-1.58	2.70	**15**	0.559	0.584
	التتبعي								
القلق	البعدي	2.99	9.341	2.335	-1.97	7.97	**15**	1.284	0.219
	التتبعي								
الاكتئاب	البعدي	-1.43	9.921	2.480	-6.72	3.84	**15**	-580.0	0.570
	التتبعي								
المناخ الأسري	البعدي	-13.3	20.15	5.037	-24.04	-2.57	**15**	-2.643*	0.018
	التتبعي								

*دالّة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05)

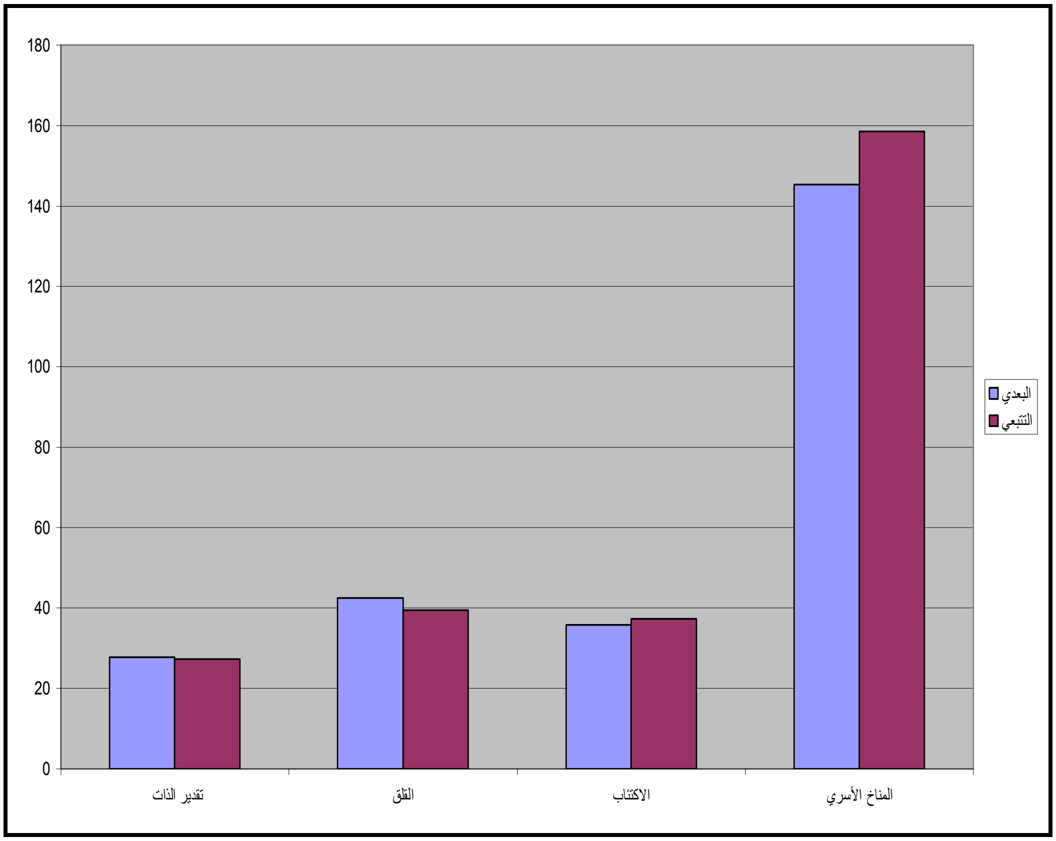
وتشير بيانات الجدول (18) أعلاه، إلى عدم وجود فروق دالّة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، بين درجات أفراد عينة الدراسة التجريبية المشاركين في البرنامج الإرشادي، على جميع مقاييس الدراسة الأربعة، باستثناء مقياس المناخ الأسري.

كما يبين الجدول (18) أن قيمة "ت" المحسوبة للفرق بين متوسطي درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي للمقاييس الأربعة (تقدير الذات والقلق والاكتئاب)، قد بلغت (0.56؛

1.28؛ 58.0)، على التوالي، وجميع هذه القيم غير دالّة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، هذا بالرغم من أن الدرجات على مقياسِ تقدير الذات قد تراجعت بشكلٍ طفيف في القياسِ التتبعي (م=27.2) لتصبح أدنى من القياسِ البعدي (م=27.8)؛ وأن الدرجات على مقياسِ القلق قد تراجعت في القياسِ التتبعي (م=39.4) لتصبح أدنى من القياسِ البعدي (م=42.4)؛ وأنَ الدرجات على مقياسِ الاكتئاب قد ارتفعت قليلاً في القياس التتبعي (م=37.3) لتصبح أعلى من القياس البعدي (م=35.8) لكن هذا التراجع أو الزيادة لم تكن دالّة إحصائياً، لذا فإن الفرق بين متوسطي القياس البعدي والتتبعي على تلك المقاييس الثلاثة لا يعد فرقاً دالاً إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

كما تشير بيانات الجدول (١٨)، إلى أن قيمة "ت" المحسوبة للفرق بين متوسطي درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس المناخ الأسري قد بلغت (2.64)، وحيث أن مستوى الدلالة لقيمة "ت" لهذا المقياس عند درجة حرية (15) قد بلغت (0.018)، وهي قيمة دالّة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، لذا فإن الفرق بين متوسطي القياس البعدي (م=2.145) والقياس التتبعي (م= 158.6) على مقياس المناخ الأسري يعد فرقاً دالاًّ إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، وذلك لصالح القياس التتبعي حيث ارتفعت الدرجات بصورة دالة إحصائياً، وبذلك يتم رفض الفرضية الثالثة للدراسة وقبول الفرضية الصفرية لكن بصورة جزئية.

ويوضّح **الشكل (4)** نتائج القياسات البعدية والتتبعية للمجموعة التجريبية على مقاييس الدراسة الأربعة.



الشكل (4). نتائج القياسات البعدية والتتبعية للمجموعة التجريبية على مقاييس الدراسة الأربعة

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

سعت الدراسة الحالية إلى تقصي وفحص أثر برنامج إرشاد جمعي يستند إلى منهج الإرشاد المعرفي السلوكي ومنظور التعليم النفسي، على تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى عينة من المراهقات من أطفال الأمهات المُصابَات بأوضاعٍ صحية جسدية مزمنة، وذلك من خلال فحص ثلاث فرضيات وسيتم فيما يلي مناقشة نتائج التحليل الإحصائي لتلك الفرضيات تباعاً.

توصلت الدراسة فيما يتعلق بفرضية الدراسة الأولى إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (a=0.05) لأداء أفراد الدراسة في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة من المراهقات من أبناءِ الأمهات المصابات بأمراض مزمنة، على مقاييس التوافق النفسي والاجتماعي المتمثلة في(تقدير الذات والقلق والاكتئاب المناخ الأسري). وتشير هذه النتائج إلى أن برنامج الإرشاد الجمعي المصمم من قبل الباحثة لغايات الدراسة الحالية والذي استندَ لمنهج العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي، قد أثبت تأثيرَه وفعاليته في تحسين التوافق النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية. فقد تبينَ أنَ المراهقات في المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يشاركوا في أي برنامج، أبلغنَ في القياسِ البعدي عن مستويات كانت أعلى على كلٍ من مقياسِ تقدير الذات والمناخ الأسري على التوالي (م= 27,8؛ م=145,3 درجة) مقابل (م=18,6؛ م=104,5 درجة) سجلها أفراد المجموعة الضابطة على نفسِ المقياسين. كما أبلغت المراهقات في المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة عن مستويات كانت أدنى على كلٍ من مقياسِ القلق (م=42,4 درجة مقابل م=84,6 درجة) للمجموعة الضابطة، ومقياسِ الاكتئاب (م=35,8 درجة مقابل م=67,5 درجة) للمجموعة الضابطة.

وتتفقُ هذه النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية من وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على متغيرات تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسري لدى عينة الدراسة من المراهقات من أبناءِ الأمهات المصابات بأمراض مزمنة وبوجه عام مع ما توصلت إليه بعض الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد الجمعي المستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لأبناءِ الأمهات أو الآباء المصابين بأمراض مزمنة، ومنها دراسات (Bedway, & Smith, 1996; Call, 1990; Diareme et al., 2007; Greening, 1992; Gunther, Crandles, Williams, & Swain, 1998; Heiney, & Lesesne, 1996; Silverman et al., 2008; Spath, 2007; Taylor-Brown, Acheson, & Farber, 1993; Wethington et al., 2008).

وتنسجم هذه النتائج أيضاً مع الدراسات التي استهدفت تحسين مستوياتِ التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين بمعزلٍ عن حالة الوالدين ومنها بعض الدراسات العربية (مثلاً: الشريف، 2006؛ الطراونة، 2011؛ عبده، 1991؛ العطية، 2002؛ العمري، 2008؛ غيث، 2004؛ اللاذقاني، 1995؛ مقدادي وأبو زيتون، 2010؛ نجمة، 2008؛ هندية، 2002)، وبعض الدراسات الغربية مثل: (Aydin, Tekynsav-Sutcu, & Soryas, 2010; Beardslee, Wright, Salt, Drezner, Gladstone, Versage, & Rothberg, 1997; Canna, 2005; Carter-McWoodson, 1996; Cote, 2010; Davey, Gulish, Askew, Godette, & Childs, 2005; Kaplan, Thompson, & Searson, 1995; McBride, 2012; Wyatt, 2002).

كما لا تتفق هذه النتيجة المتعلقة بفرضية الدراسة الأولى جزئياً مع بعض الدراسات العربية (الزواوي، ١٩٩٢؛ الشريف، 2006) التي توصلت لعدم كفاءة برنامج الإرشاد الجمعي المستند

للعلاج المعرفي السلوكي على التوالي، في التقليل من مستوى التوتر والتكيف النفسي العام عند المشاركين في المجموعة التجريبية في القياس البعدي مقارنة بالمجموعة الضابطة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة الإيجابية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وتأثير البرنامج الإرشادي الجمعي بالعلاج بالمعرفي السلوكي والتعليمِ النفسي في تحسين تقدير الذات والتقليل من القلق والاكتئاب، وزيادة التصورات الإيجابية للمناخِ الأسري، بأنها قد تعود لعدة عوامل تتعلق بالشروط الميسرة (Rogers, 1963) وبالفنيات الإرشادية التي استخدمتها الباحثة خلال عملها مع هذه المجموعة الإرشادية، ومنها التقبل غير المشروط والتعاطف والأصالة والاحترام المتبادل وبناء عامل الثقة مع المسترشدات في بيئة آمنة، كما وتثيرُ الانتباه لدور القوى الكامنة الخاصة داخل المجموعة والتي تنتج تغيّرات بناءة أو ما أطلقَ عليها يالوم (Yalom, 1983, 1995) العمليات العلاجية والشفائية (Curative Factors) كعملياتِ الكشف عن الذات والتغذية الراجعة والمجازفة والاهتمام والقبول والأمل والشعور بالقوة والتنفيس الانفعالي (Catharsis). ولقد لمست الباحثة تأثير خبرة المجموعة الإرشادية التي كانت غنية بالأنشطة المقصودة والموجهّة لهدف الجلسة، في كثير من الأنشطة التي قامت بها المشاركات في البرنامج، وكان أهمها " مهارة الاستثناءات والأمل" خاصة لأنَ الأمل يمثل الاعتقاد بأن التغيير ممكن (بأن الفتاة ليست ضحية لما حدثَ ويمكنها القيام بقرارات جديدة)، ويعدُ الأمل علاج بحد ذاته، لأنه يعطي الأعضاء الثقة بأنهم يمتلكون القوة للاختبار بأن يكونوا مختلفين (Corey, & Corey, 1997, p. 248).

كما لُوحظَ خلال عملِ المجموعة، التأثير الواضح للتفاعلات التبادلية وخبرة المجموعة التي تقدمت بشكلٍ تدريجي عبر مراحل في تطورها، وذلك انعكسَ خلال تأدية المشاركات لبعض الأنشطة التدريبية التي شملها البرنامج، وكان أهمُها التحدّث بصورة متحفظة وأحياناً بانفتاح عن

الخبرات الحياتية المتعلقة عن المشكلة (التجربة الشخصية عن المرض وتأثيراته)، وعن أدوارِهن في تقديم الرعاية لأمهاتهن المريضاتِ، خاصة أن العملية تمت بصورة منظمّة جداً من خلال قيامهن بالكشفِ عن معاناتهن خلالَ الجلسات بالرسوماتِ عن التغييرات وبتجميعِ الصورِ العائلية التي كانت في الماضي وأيضاً الآن في الحاضر، وبالكتابة عن الخبرات الحياتية المتعلقة بأدوارهن التي تحملنَها؛ ما ساعدَ المسترشدات على التأمل وإعادة النظر في معنى التجارب والخبرات التي تعرضّن لها سابقاً داخلَ الأسرة، بالإضافة إلى تسهيل التعبير عن المشاعر والتنفيس الانفعالي للمشاعر المؤلمة المرتبطة بتلك الخبرات، ولقد ساعدت هذه الفنية معظم هؤلاء الفتيات على مواجهة دورهن ومسؤوليتهن وانفعالاتهن المضطربة من خلال سردهن لخبراتهن الأسرية، فقد شعرت المسترشدة المشاركة عندهَا أنها ليست الوحيدة التي تعاني من تلك الخبرات المؤلمة وذلك من خلالِ وجودها في مجموعة تشترك في نفسِ المشكلة أو ربما كانَ لديها خبرات أكثر إيلاماً بسببِ حدة مرضِ الأمِ، وبالتالي يُمكنُ القول أنَ خبرة من هذا النوع قد تكون أسهمت في التخفيفِ من مشاعر القلق والاكتئاب لديها وقادَت إلى تحسينِ تقدير الذات وتعديل تصوراتهن للبيئة الأسرية لديهن.

كما توصلت الدراسة **فيما يتعلق بفرضية الدراسة الثانية** أيضاً إلى فعالية البرنامج الجمعي لدى أفراد المجموعة التجريبية من المراهقات من أبناءِ الأمهات المصابات بأمراض مزمنة، الذين تعرضوا للبرنامج، فقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي عند مستوى (0.05=a) بينَ متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على جميع مقاييس التوافق النفسي والاجتماعي المتمثلة في تقدير الذات والقلق والاكتئاب المناخ الأسري.

وتتفقُ هذه النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية من وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي على متغيرات تقدير الذات والقلق والاكتئاب والمناخ الأسري لدى عينة الدراسة من

المراهقات من أبناءِ الأمهات المصابات بأمراض مزمنة وبوجه عام مع ما توصلت إليه بعض الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد الجمعي المستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لأبناءِ الأمهات أو الآباء المصابين بأمراض مزمنة، ومنها دراسات (Greening, 1992; Gunther, Crandles, Williams, & Swain, 1998; Heiney, & Lesesne, 1996; Kühne et al., 1982; Sheard, & Maguire, 1999; Taylor-Brown, Acheson, & Farber, 1993).

ومع الدراسات التي استهدفت تحسين مستوياتِ التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين بمعزلٍ عن حالة الوالدين ومنها بعض الدراسات العربية (مثل: الطراونة، 2011؛ العطية، 2002؛ العمري، 2008؛ غيث، 2004؛ اللاذقاني، 1995؛ هندية، 2002)، وبعض الدراسات الغربية مثل: (Aydin, Tekynsav-Sutcu, & Soryas, 2010; Flannery-Schroeder, & Kendall, 2000; Guttman, 1993).

ويمكن تفسير هذه النتيجة الإيجابية لبرنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية المتعلقة بتحسن أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، على جميع مقاييس الدراسة الأربعة (تقدير الذات، القلق، الاكتئاب والمناخ الأسري)، بأنها تعود إلى كون البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية، قد اعتمدَ أساساً على الاعتراف وتلبية حاجات أفراد العينة والأهداف التي يسعون إلى تحقيقها من خلال هذا البرنامج، وتوظيفه للفنيات الخاصة بالمنهج الإرشادي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي، لتحقيق هذه الأهداف والتي ساهمت في الوصول إلى هذه النتيجة عندما استهدفت المشكلات المراد معالجتها من خلال هذا البرنامج مثل الشرح وإعطاء التعليمات والنمذجة ولعب الدور والتعزيز والتغذية الراجعة والواجبات البيتية.

هذا بالإضافة إلى ما تضمنه البرنامج من تركيز جلسات بشكل مباشر على عرض ومناقشة المراهقات للمشكلات والضغوطات التي تواجههم جراء مرض الأم بمرض مزمن في بيئة إرشادية آمنة ومتقبلة، ومناقشة الأهداف التي وضعتها المراهقة سابقاً، وتشجيع التحدث عن المشكلة الخاصة بكل مراهقة بطرح "ما الذي جعلك تأتين إلى المجموعة اليوم؟ واستخدام بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي والعلاجِ مثل: إعادة البناء المعرفي والتعبير عن المشاعر ولعب الدور والواجبات البيتية، وبشكل خاص فنيات الإرشاد الجمعي العلاجية (Yalom, 1983, 1995)، مثل الثقة والتماسك وإظهار الاهتمام والتقبل والكشف عن الذات والتنفيس الانفعالي، التي يبدو أنها جميعاً قد ساعدت هؤلاء الفتيات على التعامل مع القضايا التي ارتبطت بمرض الأمهات وأثرت عليهن.

ويَقترحُ عملُ يالوم (Yalom, 1983) البارز في العلاج الجمعي والذي وجهَ العديدَ من التدخّلاتَ المستعملة مع أبناءِ أسرِ المرضى (Heiney & Lesesne, 1996)، أنَ الخصائص العلاجية من التنفيس الانفعالي والتَعَلّم ما بينَ الشخصي والعالمية وسلوك التقليد الذي يُوجد في عملِ المجموعات الإرشادية، يسهّلُ عمليات المواجهة والتعامل الكفؤ مع الموترات الحياتية عند الفرد.

وتؤكد هذه النتيجة بمجملها أنَ العلاج المعرفي السلوكي المقدم في صيغة مجموعة إرشادية صغيرة العدد يعتبر واحداً من الخيارات الناجحة في التقليل من التعاسة والمحن النفسية المرتبطة بإصابة أحد أفراد الأسرة بالمرض، وبصورة خاصة، أن الإرشاد الجمعي المستند إلى المنهج المعرفي السلوكي مع أبناءِ الآباء المرضى يكون فعّالاً للغاية ولا تقل كفاءته عن فاعلية الإرشاد الفردي (Sheard & Maguire, 1999).

ولا يخفى أن المعلومات في مكون التعليمِ النفسي في البرنامج الإرشادي والتي زُودت المجموعة التجريبية بها عن المرض وملابساته عن طريقِ إحدى الطبيبات المختصات في الأمراضِ المزمنة، كانت فعالة وأحدثت تأثيراً إيجابياً، ويُمكن القول أنه وبسبب عدم التأكد والحيرةِ وتناقص توفر الأم لديهن (Zahlis & Lewis, 1998)، فقد جاءت هذه المعلومات لترد على التساؤلات والشكوك التي تدور في أذهانهن، وربما جعلت هؤلاءِ البنات يزددن يقيناً بأنَ المرض مع أنه مزمن وقد يبقى على هذا الحالِ مدة طويلة إلا أننا بالرغمِ من ذلك يمكننا العيشَ مع الألم ومواصلة حياتنا في الدراسة والتطلع للمستقبلِ وقطف "لحظات سعادة" وذلكَ على أساس منظم مع من نحبهم.

وقد تبينَ أن الموضوع المشترك لدى هؤلاء المراهقات خلالِ أحاديثهن حول خبراتهن مع مرضِ أمهاتهن، كانَ البقاء قريبات من أمهاتهن بينما في الأوقات الأخرى، كنَ يردن الهروب وتجاهل وإهمالِ الموقف، ليشاركن في بعض النشاطاتِ خارج البيت كزيارة بنات العمِ والصديقات. وأبدت البنات المراهقات إحساساً بالمسؤولية أيضاً ليس فقط بأن ينجزن المسؤوليات البيتية لكن أيضاً عبرنَ عن مشاعر الارتياح والسعادة لإحساسهن بعودة الحالة الطبيعية إلى بيوتهن حتى لو مؤقتاً على أية حال، هذا لم يمنع من ظهور مشاعر الخوف من عودة المرض ثانية.

كما أنَ عملية تمييز المشاعر والأفكار والسلوكات والصلة بينهم، واستبدال بعض الأفكار المغلوطة سهّلَ حدوث التعبير العاطفي داخلَ وخارج الجلسة كما سهلَ أيضاً تعديل عمليات البيئة الأسرية من تماسك وارتباط وترابط، فالتعبيرُ العاطفي يبدو أنه يتَوسّط العلاقات بين التماسكِ العائلي وقلقِ الأطفالِ من أبناءِ الآباءِ المرضى (Harris & Zakowski, 2003). كما سهلت عملية التدريب على مهارة الاتصال وحل المشكلات من نوعية العلاقةِ الوالدية بين المُراهقِة وكلا

الوالدين (الأم مصابة بالمرض والوالد السليم)، مما جعلَ المراهقين يبلغون عن مستويات كانت أعلى بدرجة دالة على مقاييسِ تقدير الذات والمناخ الأسرِي وأدنى على مقياسي القلقِ والاكتئابِ.

وتُؤكّدُ نظرية لازاروس وفولكمان (Lazarus and Folkman, 1984) بأنَ العواطف والتقييمات الإدراكية للموتّرات توجّهُ قدرات الفردِ على المواجهة والتعامل، وأن مُسَاعَدَة الأطفال لكَسْب السيطرةِ من خلال استعمالِ إستراتيجياتِ السيطرةِ المستندة على قواعد السيطرة المُعَرَّفةِ (Last & Grootenhuis, 1998)، سَيُحَسّنُ من إدراكهم للسيطرة على الموقف الموترِ ومن إجادتهم وبراعتهم في ذلكَ. ويَبْدو أن التوافق النفسي للطفلِ يكون وثيق الصلة بدرجة أكثر بتصوّراتِ التوتر المرافقة للمرض وليسَ بشدَّةِ المرضِ الموضوعيةِ (Korneluk, & Lee, 1998).

وأخيراً، أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة للدراسة، إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً للأداء بين متوسط القياس البعدي ومتوسط القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج الإرشادي، لدى أفراد المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي، على مقاييس الدراسة الأربعة تقدير الذات والقلق والاكتئاب، باستثناء مقياس المناخ الأسري الذي تحسّن في القياس التتبعي بدرجة دالة عن القياس البعدي.

وتشير هذه النتيجة بوجه عام إلى أنَ برنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى الإرشاد المعرفي السلوكي والتعليم النفسي الذي أعدته الباحثة، قد برهنَ على تأثيره نسبياً في احتفاظ أفراد عينة الدراسة بالمكاسِب العلاجية التي أحرزوها في القياس البعدي، وذلك في فترة القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاءِ البرنامج، وذلك فيما يتعلق بتقديرات المراهقات الذاتية من أفراد المجموعة التجريبية عن مستوى معاناتهن من القلق والتي تحسّنت ما بينَ القياس (م=42,4؛

39,4) البعدي والتتبعي على التوالي، لكن ليسَ بدرجة دالة إحصائياً، وكما تحسنت درجاتهن على مقياس المناخ الأسري وبدرجة دالّة إحصائياً، فقد ارتفعت درجات المجموعة التجريبية ما بين القياسين (م=145,3؛ 158,6) البعدي والتتبعي على التوالي، كما تغيرت درجات المجموعة التجريبية سلباً بصورة طفيفة على مقياس تقدير الذات، فقد تراجعت درجات المجموعة التجريبية على هذا المقياس ما بين القياسين (م=27,8؛ 27.2) البعدي والتتبعي على التوالي وبدرجة ليست دالة إحصائياً، وأخيراً أظهرت النتائج أنه في حين ارتفعت درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب ما بينَ القياسين (م=35.8؛ 37.3) البعدي والتتبعي على التوالي، لكن هذا التراجع السلبي لم يكن دالاً إحصائياً.

وتنسجم هذه النتيجة بوجه عام وتتفق مع نتائج بعض الدراسات التي برهنت عن كفاءة برامج الإرشاد الجمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي التي أجريت في البيئات الغربية (Beardslee et al., 1997; Christ, Siegel, Mesagno, & Langosch, 1991; Hayes and Morgan, 2005; Kendall, & Southam-Gerow, 1996, 1997; Rotheram-Borus, Lee, Lin, & Lester, 2004; Silverman et al., 2008; Spath, 2007; Taylor-Brown, Acheson, & Farber, 1993)، واحتفاظ المشاركين بالنتائج العلاجية في قياسات المتابعة وذلك على عينات من الأبناء من الأطفال والمراهقين من أطفال الأمهات المُصابَات بأوضاعٍ صحية مزمنة ومن الذين يتعرضون لأحداثٍ مأساوية طويلة الأمد كالعنف الأسري.

كما وتنسجم النتيجة المتعلقة بتراجع وارتفاع درجات المشاركين على مقياس الاكتئاب في القياس التتبعي تحديداً مع نتائج دراسة هايز ومورغَان (Hayes and Morgan, 2005)، التي توصلت في القياسِ البعدي مع مجموعات من المراهقين لنتائج مماثلة.

وتبرز هذه النتيجة وجود نتيجتين فرعيتين فمن ناحية أثبتَ البرنامج الإرشادي فعاليته نسبياً في احتفاظ أفراد عينة الدراسة من المراهقات من أطفال الأمهات المصابات بمرض مزمن، بالمكاسِب العلاجية التي أحرزوها في القياس البعدي، في فترة القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاءِ المجموعة الإرشادية، وذلك فيما يتعلق باستقرار تقديرهن لذاتهن نسبياً وبانخفاضِ شعورهن بالقلق وأيضاً بتحسن تصورات المراهقات لنوعية ما يسود في بيئاتهن الأسرية من عمليات تماسك وتوزيع للسلطة ومن ترابط ومودة وألفة. ومن جانبٍ آخر نرى أن الطالبات لم يتمكن من المحافظة على مستوى التحسن الذي أحرزوه في القياسِ البعدي على مقياسِ الاكتئابِ وذلك بعد شهر عند القياس التتبعي فقد عادت درجاتهن على مقياسِ الاكتئابِ للارتفاعِ ثانية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة الأخيرة لكون تكنيكات البرنامج كانت تستهدف تحقيق أهداف أفراد العينة، والتي تركزت في مجملها على بناء صداقات متعددة وبناء علاقة إيجابية مع المراهقات الأخريات من أعضاءِ المجموعة وتحسين مفهوم الذات ودعم مهارات الاتصال ومواجهة التوترات البيتية، وتزويد المشاركات بالمعلومات العلمية عن المرض وطرق التعامل مع الإجهاد المرتبط به، وتؤكد هذه النتيجة على صحة الأفكار الواردة في الأدب النفسي بأنَ تلبية الحاجاتِ المعلوماتيةِ التي توفرها برامج التعليم النفسي تمُيّز كعامل أساسي في تَخفيض الضِيقِ لدى أبناء الآباء المرضى (Abrahamson, Durham & Fox, 2010). ويَقترحُ **جيرسكي** (Gursky, 2007)، أنَ التدخّل العلاجي الذي يزود أحد أفراد أسر المرضى بالمعلومات الكافية والمناسبة لأعمارهم تجعلهم يتمكنوا من استخدام استراتيجياتِ المواجهة التكيّفية بمعدلات أكثر مِنَ الذين يتلقون معلومات أقل. ويبدو أنَ التزوّد بالمعلوماتِ يُمْكِنُ أَنْ يزِيدَ من مشاعرَ التماسكِ والأمنِ العائلي، وبالتالي يُخفّضُ من التحريمات (Taboo) التقليدية التي تحيطُ بالمُناقشات الصعبة حول المرضِ (Roloff & Ifert, 2000).

ويبدو أنَ الاكتئاب يجب أن يُعالجَ مباشرة بواسطة منهج العلاج المعرفي وعن طريق التركيز على استخدام تكنيكيات إعادة البناءِ المعرفي وفحصِ التشويهات المعرفية بعمقٍ وتخصيص أكثف من الجلسات وهذا ما افتقرَ إليه البرنامج الحالي.

ويمكن تفسير النتيجة المتعلقة بالتراجع في مستوى الاكتئاب على ضوءِ ملاحظات بعضِ الدراسات (Segal & Simkins, 1996) التي أكدت أن اكتئاب أبناءِ الآباءِ المرضى قد يعود لكونهم قد يشعرون أنهم مسؤولون عن بعض الأعراض المتعلقة بمرض الوالد (ومثال على ذلك: المزاج المتقلب، الإعياء، وقلة النشاط أو الاهتمام). وقد تنعكس كثافة الألم أو أعراض المرض الوالدي مع المخاوف حول احتمالية إصابة الوالد الغير مريض بالمرض، على شكل الشكاوى الجسدية عند الأبناءِ نتيجة الحاجة للتوحد مع شخصية والد قوي في هذه المرحلة، وذلك قد يحدث بشكلٍ رئيسي بتأثير حاجات الاستقلالية الغير مستجاب لها للطفل عن والده المريض.

كما ويُمْكِنُ أن تعزى هذه النتيجة المتعلقة تحديداً بتراجع تقديرات الطالبات على مقياس الاكتئاب أيضاً إلى عوامل توسطية أشار لها الباحثون من مثلِ الحالة الاقتصادية والاجتماعية (SES) والأعباء المالية المرتبطة وطبيعة المرض وتقلب وتصاعد الأعراض الاكتئابية عند الأمهات المرضى (Nelson & While, 2002). ويرى الباحثون أن توفير المعالجة الملائمة للوالد المريض والاكتئاب للوالد السليم قد يكون عاملاً مهماً في حماية الأطفال من الاضطرابات النفسية والعقلية. لذا، فإنَ أنظمة الدعم وبرامج الإرشاد الأسري من الضروري أن تكون موجهة نحو العائلة ومتمركزة على الطفل أكثر وذلك في تدخلاتِ المرشدين الأسريين لتقديمِ الرعاية النفسية والاجتماعية للأبناءِ ولأفراد أسرِ الآباءِ المصابين بأمراض مزمنة (Schmitt et al., 2007). وأيضاً يوصي البعض (Niemela, Hakko, & Rasanen, 2010)، بضرورة الجمعِ ما بين

التدخلات الأسرية وتدخلات الإخوة والأخوات (Siblings)، حيث يمكن لكل من الأطفال والآباء أن يكَونوا مشاركين في البرامجِ العلاجية. وهذا قَدْ يَقترحُ أنَ تأثيرَ البرنامجِ كانَ محُدّدَاً بالنسبة للاكتئابِ وأنه لَزيادة المنافعِ، ومَنَ الضَّرُوري أَنْ تُطبّقَ تراكيباً داعمِة أخرى (Hayes & Morgan, 2005).

وبوجه عام، تؤكد نتائج هذه الدراسة وحسب المنظور المتمركز على الأسرة، أنَ المرشدين العاملين في المدارسِ والمراكز الطبية وممارسي الرعاية الصحيةِ يجبُ أَنْ يَكُونَوا يقِظَين لصعوباتِ التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفالِ والمراهقين من أبناءِ الآباءِ المرضى بشكلٍ مزمن (Sieh, Visser-Meily, & Meijer, 2013). وتشيرُ الدراسة إلى أنَ المختصين والمرشدين النفسيين الذين ينظّمون مثلَ هذه البرامجِ يجب أن يكونوا ماهرين في العملِ بشكل آني **(**في وقت واحد**)** في تنظيمِ وإدارةِ الأنواع المختلفة من التدخلاتِ المتعلقةِ بتوفيرِ مجموعات الدعم واحتمالِ حدوثِ الفاجعة (Support and bereavement groups) .

التوصيات والمقترحات

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، خلصت الدراسة الحالية إلى تقديمِ بعض التوصيات والمقترحات:

- إجراء دراسات تجريبية مماثلة خاصة بفحص كفاءة تقديم تدخلات الإرشاد الجمعي في المدارس لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى عينات من الأطفال والمراهقين الذكور من الأبناء الذين لديهم أمهات أو آباء (Fathers) ممن شُخصوا بأنواع مختلفة أخرى من الأمراض المزمنة غير تلكَ التي استهدفتها الدراسة الحالية كالنزفِ الدموي والإصابات الدماغية والشلل.

- إجراء دراسة مماثلة مع أبناءِ الآباء المصابين بمرضٍ مزمن، لكن مع إضافة مكون الإرشاد الأسري عن طريقِ تقديم خدمات التعليم النفسي لأعضاءِ آخرين في الأسرة كالوالد السليم أو الأشقاء.

- فحص كفاءة تصميم وتجريب برنامج إرشاد جمعي يستهدف معالجة الاكتئاب فقط عند الأبناءِ في أسرِ الآباء المرضى بمرض مزمن مع التركيز على منهج بيك في العلاج المعرفي.

- إجراء دراسة لفحص كفاءة برامج الإرشاد الجمعي خاصة بقضايا الموت والخسارة والفقدان لدى الأطفال من أبناء الأشقاء المصابين بالأمراض المزمنة.

- إجراء دراسة وصفية حول تصورات الآباء الأصحاء ممن تكون زوجاتهم الأمهات مريضات بمرض مزمن، لدورها في تحسين البيئة والعمليات الأسرية وعلاقة ذلك بالأداء المدرسي ومستويات التوافق النفسي لدى الأبناء.

- عقد ورشات العمل لتوجيه المؤسسات التربوية لضرورة التعامل مع فئة الأطفال من أبناء الآباءِ والأشقاءِ المصابين بالأمراض المزمنة كمرضى السرطان، والاهتمام بهم وتقديم المعلومات وأساليب التعامل مع الأمراض المزمنة.

- إجراء دراسات مماثلة لفحصِ كفاءة مجموعات العلاج الأسري المتعدّدة (Multiple-family therapy groups)، التي تروّج للفهم العائلي المشترك والاتصال المفتوح بين الآباء والمراهقين في تحسين مستويات التوافق النفسي والاجتماعي.

- شمول أطفال ذوي الحاجات الخاصة من أبناء الآباء المصابين بالأمراض المزمنة، وخصوصاً مرضى القلب والسرطان والسكري، في قوانين وتعليمات وزارة التربية والتعليم التي تراعي ظروف مرضهم، وظروف علاجهم، وما يتبعها من غياب أو انقطاع أو تأخر دراسي.

المراجع

- المراجع العربية

- المراجع الأجنبية

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية

- إحصائيات مديرية الأمراض غير السارية في وزارة الصحة الاردنية للأعوام (٢٠٠٧ – ٢٠٠٩) منشورات وزارة الصحة٢٠٠٩. وزارة الصحة الاردنية ،عمان ، الاردن.
- باترسون، س(مترجم) حامد الفقي. **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي.** ط١، (١٩٩٠): دار القلم، دولة الكويت، الكويت.
- بيك، آرون (مترجم) عادل مصطفى، **العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية.** ط ١، (٢٠٠٠): دار النهضة العربية، لبنان، بيروت.
- خليل، عفراء، **المناخ الأسري وعلاقته بالصحة النفسية للأبناء.** مجلة كلية التربية الأساسية، كلية التربية، الجامعة المستنصرية، (٢٠٠٦).العدد ٤٩، ٤٨٣–٥٠٧.
- الذويب، مي، **تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً،** رسالة دكتوراه ،(٢٠٠٦). الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- الزواوي، رنا ، **أثر الإرشاد الجمعي للتدريب على حل المشكلات في خفض التوتر.** رسالة ماجستير، (١٩٩٢)، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- الشريف، بسمة، أثر برنامج توجيه جمعي لت**عديل التشويهات المعرفية في خفض الاكتئاب وتحسين مستوى التكيف لدى طالبات المرحلتين الأساسية والثانوية،** رسالة دكتوراه،(٢٠٠٦)،الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- الشطرات، وليد ، **فعالية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في معالجة الأرق وخفض التوتر. رسالة ماجستير،** (٢٠٠١) ، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- السوالمة، خوله ، **أثر برنامج إرشاد تأهيلي لمساعدة المرضى على التوافق مع بتر الأطراف. رسالة ماجستير**، (٢٠٠٨) ، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.
- الطروانة، رهان ، **فاعلية برنامج إرشاد جمعي على تحسين مفهوم الذات والتقليل من المشكلات لدى أطفال الأسر أحادية الوالد.** رسالة ماجستير (٢٠١١) ، الجامعة الهاشمية، الزرقاء،الأردن.
- عبد الرحمن،**محمد،علم الأمراض النفسية والعقلية:** الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج . ط١،(٢٠٠٠) : **دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.** جمهورية مصر العربية، القاهرة .
- عبد الهادي، جودت والعزة، سعيد، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ط١، (١٩٩٩): **مكتبة دار الثقافة للنشر** والتوزيع الأردن، عمان.
- عبده، عبير ، **فاعلية برنامج إرشاد جمعي في رفع تقدير الذات وتقوية مصادر الضبط الداخلي لدى طالبات المراهقة الوسطى.** رسالة ماجستير، (١٩٩١). الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- العطية، أسماء ، فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق لدى عينه من الأطفال بدولة قطر ، رسالة ماجستير (٢٠٠٢)،**مجلة مركز البحوث التربوية،** جامعة قطر، السنة الحادية عشر (٢١)، ٢٢١-٢٢٨.
- أبو العلا، مدحت ، **دراسة تجريبية لخفض مستوى القلق لدى أطفال المرحلة الابتدائية باستخدام الرسم. رسالة دكتوراه،**(١٩٩٠)، جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

- علاءالدين،جهاد" الفروق بين الجنسين في استراتجيات المواجهة خلال الحياة الجامعية دور أبعاد الشخصية" **مجلة دراسات للعلوم التربوية،** الجامعة الأردنية، ٣٦(٢)،١٩٠-٢٢٠.(٢٠٠٩)
- علاء الدين، جهاد، **نظريات وفنيات الإرشاد الأسري**(٢٠١٠):الأهلية للنشر والتوزيع. عمان،الأردن
- علاء الدين، جهاد. **نظريات الإرشاد النفسي المعرفي والإنساني**،(٢٠١٣) **الأهلية للنشر والتوزيع،** الأردن، عمان
- العمري، أريج، **فاعلية برنامج إرشاد جمعي في التقليل من الآثار الانفعالية والسلوكية المرتبطة بمشاهدة العنف بين الوالدين.** رسالة ماجستير(٢٠٠٨) ، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.
- غيث، سعاد، "**تطوير برنامج في التربية العقلانية وتقييم آثاره على التفكير العقلاني ومركز الضبط والتكيف النفسي لدى عينة من طلبة الصف التاسع**" رسالة دكتوراه ،(٢٠٠٤)، الجامعةالأردنية ، عمان، الأردن.
- اللاذقاني، محمد،**أثر برنامج إرشادي قائم على التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلي العاطفي في معالجة القلق الاجتماعي** رسالة ماجستير (١٩٩٥)،الجامعة الأردنية،عمان، الأردن.
- المحارب، ناصر، **المرشد في العلاج المعرفي السلوكي.** المملكة العربية السعودية،الرياض (٢٠٠٠): دارُ الزهراء.
- محمد، عادل،**العلاج المعرفي السلوكي:** أسس وتطبيقات. ط١ ،(٢٠٠٠)، مصر،القاهرة: دار الرشاد للطباعة والنشر.

- المزاهرة، رانية،**أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض العزلة وزيادة السلوك الاجتماعي لدى عينة خاصة من المراهقات**. رسالة ماجستير،(٢٠٠٢). جامعة اليرموك، إربد،الأردن.
- مقدادي، يوسف وأبو زيتون، جمال،أثر برنامج تدريبي مستند إلى التربية العقلانية الانفعالية في تحسين الكفاءة الاجتماعية ومهارة حل المشكلات لدى طلبة الصفين السابع الثامن الأساسيين **مجلة الجامعة الإسلامية** بغزة (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد الثامن عشر، العدد الثاني، ص.ص. ٥٢١- ٥٥٥(٢٠١٠).
- النجمة، علاء الدين،" **مدى فعالية برنامج إرشاد نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية**. رسالة ماجستير،(٢٠٠٨) الجامعة الإسلامية، غزة.
- هندية، محمّد. **مدى فاعليّة برنامج علاج معرفي سلوكي في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال**، سالة دكتوراه،(٢٠٠٢). جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- أبو هين، فضل. أثر استخدام تقنيات الإرشاد السلوكي الجمعي في علاج مشكلة الأرق النا تج عن الصدمة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الأقصى بغزة. **مجلة جامعة الأزهر**،سلـ سلة العلوم الإنسانية، ١٠ (١-ب)، ١١١-١٤٤. (٢٠٠٨).

المراجع الأجنبية

- **Abrahamson, K., Durham, M., & Fox, R.** Managing the unmet psychosocial and information needs of patients with cancer**. Journal of Patient Intelligence, 2, 45–52(2010)..**
- Adams-Greenly, M., Beldoch, N., & Moynihan, R. **Helping adolescents whose parents have cancer**. Seminars in Oncology Nursing, 2, 133-138(1986).
- Ahmeda, S., Fowlerb, P., & Toroc, P. Family, **public and private religiousness and psychological well-being over time in at-risk adolescents**. Mental Health, Religion & Culture, 14 (4), 393-408(2011)..
- Ainuddin, H., Loh, S., Low, W., Sapihis, M., & Roslani, A. Quality of life of multiethnic adolescents living with a parent with cancer. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, 13 (12), 6289-6294,(2012).
- Aldridgea, J., & Beckerb, S. Children as carers: the impact of parental illness and disability on children's caring roles. **Journal of Family Therapy,** 21, 303–320(1999).
- Altshuler, J., & Ruble, D. **Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable stress**. Child Development, 60, 1337-1349(1989)..
- Amatea, E., Thompson, I., Rankin-Clemons, L. & Ettinger, M. Becoming partners: A school-based group intervention for families of young children who are disruptive. **Journal of School Counseling**, 8(36), 1-31(2010)..

- Angold, A., Costello, E., Erkanli, A., & Worthman, C. **Pubertal changes in hormone levels and depression in girls**. Psychological Medicine, 29, 1043-1053(1999)..
- Armistead, L., Klein, K., & Forehand, R. Parental physical illness and child functioning. **Clinical Psychology Review**, 15, 409–422(1995)..
- Armsden, G., & Lewis, F. Behavioral adjustment and self-esteem of school-age children of women with breast cancer. **Oncology and Nursing Forum**, 21(1), 39–45(1994)..
- Aronson, S., & Scheidlinger, S. Group therapy for adolescents. **Directions in Clinical Psychology**, 4, 2–8(1994).
- Atlas, R., & Pepler, D. Observations of bullying in the classroom. **The Journal of Educational Research**, 92, 86-97(1998)..
- Aydin, A., Tekinsav Sutcu, S., & Sorias, O. Evaluation of the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program for alleviating the symptoms of social anxiety in adolescents. **Turkish Journal of Psychiatry**, 21(1), 25-36(2010)..
- Bacon, J., Corr, C., & Corr, D. Support groups for bereaved children. In C. Corr & D. Corr (Eds.), **Handbook of childhood death and bereavement** (pp. 285–304). (1996). New York: Springer.
- Band, E., & Weisz, J. **How to feel better when it feels bad**: Children’s perspectives on coping with everyday stress. Developmental Psychology, 24, 247-253(1988)..
- Bandura, A. **Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection**. (1994). In R. DiClemente & J. Peterson (Eds.), Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions (pp. 25-59). New York, NY: Plenum Press, New York.

- Bandura, A. **Social learning theory**. (1977). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Barkmann, C., Romer, G., Watson, M., & Schulte-Markwort, M. Parental physical illness as a risk for psychosocial maladjustment in children and adolescents: Epidemiological findings from a national survey in Germany. Psychosomatics: **Journal of Consultation Liaison Psychiatry**, 48 (6), 476-481(2007)..
- Beardslee, W., Gladstone, T., Wright, E., & Cooper, A. **A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk**: Evidence of parental and child change. Pediatrics, 112 (2), 119-131(2003)..
- Beardslee, W., Wright, E., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T., Versage, E., & Rothberg, P. Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 36, 196–204(1997)..
- Beck, A. **Cognitive approaches to panic disorder**: Theory and therapy, a psychological perspectives. Hillside: NJ: Lawrene Erlbaum, 91-109(1988)..
- Beck, A. **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York, NY(1976).: International Universities Press.
- Bedway, A., & Smith, L. For kids only: Development of a program for children from families with a cancer patient. **Journal of Psychosocial Oncology**, 14 (4), 19–28(1996)..
- Bellack, A., & Kazdin, A. **International handbook of behavior modification and therapy**. New York & London(1982).. Plenum Press.

- Bergin, J. Small-group counseling. In A. Vernon (Ed.), **Counseling children and adolescents** (2nd, ed., pp. 299-332). (1999). Denver, CO: Love.
- Bibace, R., & Walsh, M. **Developmental stages in children's conception of illness**. In G. Stone, R. Cohen, & N. Adler (Eds.), Health psychology (pp. 285–301) (1979). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bjornberg, A., & Nicholson, N. The Family Climate Scales: Development of a new measure for use in family business research. **Family Business Review**, 20 (3), 229-246(2007)..
- Bowen, M. **Family therapy in clinical practice**. (1978). New York: Aronson.
- Bowlby, J. **Attachment and loss**: (1988). Loss, sadness and depression (Vol. 3). New York: Basic Books
- Buckley, I. Listen to the children: **Impact on the mental health of children of a parent's catastrophic illness**. (1977). New York: Cancer Care, Inc.
- Byrne, D. **The effects of participative goal setting on Aggression Replacement Training for middle school students with emotional and behavioral disorders**. Unpublished Ph.D. Doctoral Dissertation, University of Denver, Colorado, United States. Retrieved September 17, 2013, from Dissertations & Theses: Full Text (Publication No. AAT 3313932) (2008).
- Call, D. School-based groups: A valuable support for children of cancer patients. **Journal of Psychosocial Oncology**, 8 (1), 97-118. (1990).
- Canna, M. **Controlled evaluation of the effects of expressive writing on subsequent cognitive behavioral group treatment**

with an anxious depressed sample. Unpublished Ph. D. Doctoral Dissertation, University of Albany, (2005) New York, USA.

- Carter, B., & McGoldrick, M. (Eds.). The changing family life cycle: **A framework for family therapy** (3rd, ed.) (1999). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon
- Carter, E., & McGoldrick, M. **The expanded family life cycle**: Individual, family, and social perspectives (3rd, ed.). (1998). New York: Allyn & Bacon.
- Carter-McWoodson, C. **The use of group counseling in enhancing Positive self-concepts in elementary school children**. Unpublished Doctoral Dissertation, The Union Institute, United States-Ohio. (1996). [on-line]. Retrived February 22, 2013, from ProQuest Digital Dissertations database. (Publication No. AAT 9701061).
- Christ, G. **Healing children’s grief**: Surviving a parent’s death from cancer. New York: (2000). Oxford University Pres
- Christ, G., & Christ, A. Current approaches to helping children cope with a parent's terminal illness. CA: **A Cancer Journal for Clinicians**, 56 (4), 197–212. (2006).
- Christ, G., Siegel, K., Mesagno, F., & Langosch, D. A preventive intervention program for bereaved children: Problems of implementation. **American Journal of Orthopsychiatry**, 61, 168–178. (1991).
- Clark, D., & Fairburn, C . **Science and practice of cognitive behavior therapy**. New York: .(Eds.). (1997). Oxford University Press.
- Cohen, J. **Quantitative methods in psychology: A power primer**. Psychological Bulletin, 112 (1), 155-159. (1992).

- Cohen, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences** (2nd, ed.). (1988). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Combrinck-Graham, L. **A developmental model for family systems**. Family Process, 24, 139–150. (1985).
- Compas, B., Worsham, N., Ey, S., & Howell, D. **When mom or dad has cancer**: II. Coping, cognitive appraisals, and psychological distress in children of cancer patients. Health Psychology, 15(3), 167-175. (1996).
- Compas, B., Worsham, N., Epping-Jordan, J., Grant, K., Mireault, G., Howell, D., & Malcarne, V. **When mom or dad has cancer**: Markers of psychological distress in cancer patients, spouses, and children. Health Psychology, 13(6), 507-515. (1994).
- Conerly, R., Baker, F., Dye, J., Douglas, C., & Zabora, J. Measuring depression in African American cancer survivors: The reliability and validity of the Center for Epidemiologic Study-Depression (CES-D) Scale. **Journal of Health Psychology**, 7, 107-114. (2002).
- Corey, G. Theory and practice of group counseling (5th,.ed.) (2000). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning, Inc.
- Corey, M., & Corey, G. Groups: Process & practice. Pacific Grove, CA(1997).: **Brooks/Cole Publishing Company.**
- Cormier, W. & Cormier, L. **Interviewing strategies for helpers Guide to assessment, treatment and evaluation**. (1998). California: A Brooks/Cole
- Corr, C., & Corr, D. **Handbook of childhood death and bereavement**. (Eds.). (1996). New York: Springer.

- Cory, G. **Theory and practice of counseling and psychology**. (1991). Brooks/Cole Publishing.
- Cote, J. **Enhancing problem-solving skills for childhood internalizing and externalizing disorders**. Unpublished Master Thesis, Concordia University, Canada. Retrieved December 28, 2010, from Dissertations & Theses: Full Text.(Publication No. AAT MR63068).
- Cross, T., & Rintell, D. **Children's perceptions of multiple sclerosis**. Psychology, Health & Medicine, 4, 355–360. (1999).
- Cully, J., & Teten, A. A therapist's guide to brief cognitive behavioral therapy. Houston, TX: (2008). **Department of Veterans Affairs South Central MIRECC**.
- Dadds, M., & Roth, J. Family processes in the development of anxiety problems. In M. Vasey & M. Dadds (Eds.), (2001). **The developmental psychopathology of anxiety**. Oxford: Oxford University Press.
- Davey, M., Askew, J., & Godette, K. **Parent and adolescent responses to non-terminal parental cancer**: A retrospective multiple-case pilot study. Families, Systems, & Health, 21(3), 245-258. (2003).
- Davey, M., Gulish, L., Askew, J., Godette, K., & Childs, N. Adolescents coping with mom's breast cancer: Developing family intervention programs. **Journal of Marital & Family Therapy**, 31(2), 247-258. (2005).
- Davis, K., Brandt, P., & Lewis, F. Making the most of the moment: **When a child's mother has breast cancer**. Cancer Nursing, 26, 47-54. (2003).

- DeLucia-Waack, J. **Leading psycho-educational groups for children and adolescents**. Thousand Oaks, CA(2006).: Sage Publications.
- Diareme, S., Tsiantis, J., Romer, G., Tsalamanios, E., Anasontzi, S., Paliokosta, E., & Kolaitis, G. **Mental health support for children of parents with somatic illness**: A review of the theory and intervention concepts. Families, Systems, & Health, 25(1), 98-118. (2007).
- Dobson, K. **Handbook of cognitive-behavioral therapies** (2nd, ed.). (Ed.) (1999). New York: Guilford.
- Doka, K. **Talking to children about illness**. In K. Doka (Ed.), Children mourning, mourning children (pp. 31-39). (1995). Washington, DC: Hospice Foundation of America.
- Dophiede, J. Recognizing and treating depression in children and adolescents. **American Journal of Health-System Pharmacy**, 1, 233-243. (2006).
- Duvall, E. **Family development**. Philadelphia: (1957). J.B. Lippincott.
- D'Zurilla, T., & Goldfried, M. Problem solving and behavior modification**. Journal of Abnormal Behavior**, 78, 107-126. (1971).
- D'Zurilla, T., & Nezu, A. **Problem-solving therapy**: A social competence approach to clinical intervention. (2nd, ed.) (1999).. New York.
- Earley, L., & Cushway, D. The parentified child. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, 7, 163-178. (2002).

- Ell, K., **Social network, social support and coping with serious illness**: The family connection. Social Science and Medicine, 42 (2), 173-183. (1996).
- Faulkner, R., & Davey, M. Children and adolescents of cancer patients: The impact of cancer on the family. **American Journal of Family Therapy**, 30(1), 63-72. (2002).
- Field, T. Affective and interactive disturbances in infancy. In J. Osofsky (Ed.), **Handbook of infant development** (2nd, ed., pp. 972 –1005). (1987). New York: Wiley.
- Field, T. **Early interactions between infants and their post-partum depressed mothers.** Infant Behavior and Development, 7, 527–532. (1984).
- Fields, T., & Smead, R. **Keys to leading successful school groups**. In J. M. Allen (Ed.), School counseling: New perspectives and practices (pp. 55-58). (1998). Greensboro, NC: ERIC/CASS.
- Flannery-Schroeder, E., & Kendall, P. Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety-disorders: A randomized clinical trial. **Cognitive Therapy and Research**, 24(3), 251-278. (2000).
- Fleming, J., & Courtney, B,The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. **Journal of Personality and Social Psychology**, 46, 404–421. .(1984).
- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., & Novacek, J. Age differences in stress and coping processes. **Psychology and Aging**, 2 (2), 171-184. (1987).
- Forehand, R., Biggar, H., & Kotchick, B., Cumulative risk across family stressors: Short- and long-term effects for adolescents. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 26 (2), 119-128. (1998).

- Forrest, G., Plumb, C., Ziebland, S., & Stein, A. Breast cancer in the family-children's perceptions of their mother's cancer and its initial treatment: Qualitative study. **British Medical Journal**, 332 (7548), 998–1003. (2006).
- Friedberg, R., McClure, J., & Garcia, J. **Cognitive therapy techniques for children and adolescents**. New York, NY: (2009). Guilford Press.
- Fristad, M., Goldberg-Arnold, J., & Gavazzi, S. Multi-family Psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. **Journal of Marital and Family Therapy**, 29(4), 491-504. (2003).
- Gaynor, S., & Lawrence, P. **Complementing CBT for depressed adolescents with learning through in–vivo experience (LIVE):** Conceptual analysis, treatment description and feasibility study. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 30, 79-101. (2002).
- Gazda, G. **Group counseling: A developmental approach** (4th, ed.) (1989).. Boston: Allyn & Bacon.
- Gazda, G., Duncan, J., & Meadows, M.,**Counseling and group procedures**: Report of a survey. Counselor Education, 6, 305-310. .(1967).
- Gazda, G., Ginter, E. & Horne, A. **Group counseling and group psychotherapy theory and application.** 1st, first edition, (2001). New York and Supervision, NY: Pearson Education Company.
- Gerard, A., & Reynolds C. **Characteristics and applications of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale**. In M. Maruish (2nd, ed.), (1999). The use of the psychological testing for treatment and planning and outcomes assessment (pp. 323–341) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Grabiak, B. **Adolescents' responses to having a mother with cancer**. Unpublished Ph. D. Doctoral Dissertation, (2008). University of Pittsburgh, US.
- Grabiak, B., Bender, C., & Puskar, K. The impact of parental cancer on the adolescent: An analysis of literature**. Journal of Psycho-Oncology**, 16, 127-137. (2007).
- Greening, K. The 'Bear Essentials" program: Helping young children and their families cope when a parent has cancer. **Journal of Psychosocial Oncology**, 10, 47–61. (1992)
- Gunther, M., Crandles, S., Williams, G., & Swain, M. A place called HOPE: **Group psychotherapy for adolescents of parents with HIV/AIDS**. Child Welfare, 77(2), 251–271. (1998).
- Gursky, B. The effect of educational interventions with siblings of hospitalized
  children. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, 28(5), 392-398. (2007).
- Guttman, K. **Evaluating the effect of an elementary small group counseling program on various components of self-esteem and related behaviors**. Unpublished Ph.D. Doctoral Dissertation, (1993). United States International University. In Dissertations & Theses: Full Text, available from http://www.proquest.com (Publication number AAT 9333251; accessed September 22, 2013).
- Hales, D., Dishman, R., Motl, R., Addy, C., Pfeiffer, K., & Pate, R. Factorial validity and invariance of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale in a sample of Black and White adolescent girls. **Ethnicity and Disease**, 16(1), p. 1-8. (2006).

- Harris, C., & Zakowski, S. Comparisons of distress in adolescents of cancer patients and controls. **Journal of Psycho-Oncology**, 12 (2), 172-182. (2003).
- Harter, S. Development perspectives on the self-system. In P. Musen (ed.) **Handbook of child psychology,** Vol. 4: Socialization, personality, and social development. (1983). New York: Wiley.
- Hayes, C., & Morgan, M. Evaluation of a psychoeducational program to help adolescents cope. **Journal of Youth and Adolescence**, 34 (2), 111-121. (2005).
- Heatherton, T., & Polivy, J. Development and validation of a scale for measuring state self-esteem. **Journal of Personality and Social Psychology**60, 895-910. (1991).
- Heiney, S., & Lesesne, C. Quest: **An intervention program for children whose parent or grandparent has cancer**. Cancer Practice, 4, 324-329. (1996).
- Hersen, M., & Bellack, A. **Handbook of clinical behavior therapy with adults** (1st, ed.). (1985). New York: Plenum Press.
- Hirsch, B., Moos, R., & Reischl, T. Psychosocial adjustment of adolescent children of a depressed, arthritic, or normal parent. **Journal of Abnormal Psychology,** 94(2), 154-164. (1985).
- Hoke, L. A short-term psychoeducational intervention for families with parental cancer. **Harvard Review of Psychiatry,** 5, 99-103. (1997).
- Hoke, L. Psychosocial adjustment in children of mothers with breast cancer. **Journal of Psycho-Oncology**, 10, 361-369. (2001).

- Holland, J., & Friedlander, M. Oncology. In M. Blumenfield, & J. Strain (eds.) **Psychosomatic medicine** (pp. 121-144) (2006).. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Houtzager, B., Grootenhuis, M., & Last, B. Supportive groups for siblings of pediatric oncology patients: Impact on anxiety. **Journal of Psycho-Oncology,** 10, 315-324. (2001).
- Huizenga, L. **Expressive writing intervention for teens whose parents have cancer.** Unpublished Ph.D. Doctoral Dissertation, (2011). University of Kansas, US.
- Huizinga, G., Van der Graaf, W., Visser, A., Dijkstra, J., & Hoekstra-Weebers J. **Psychosocial consequences for children of a parent with cancer. Cancer Nursing,** 26, 195-202. (2003).
- Huizinga, G., Visser, A., Zelders-Steyn, Y., Teule, J., Reijneveld, S., & Roodbol, P. Psychological impact of having a parent with cancer. **European Journal of Cancer**, 47, S239-S246. (2011).
- Kaplan, C., Thompson, A., & Searson, S. Cognitive behavior therapy in children and adolescents. **Archives of Disease in Childhood**, 73, 472-475(1995)..
- Kendall, P., & Southam-Gerow, M. Long-term follow-up of a cognitive-behavioural therapy for anxiety-disordered youth. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, 64, 724–730. (1996).
- Kendall, P., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, 65, 366–380. (1997).
- Keogh, F., O'Riordan, J., McNamara, C., Duggan, C., & McCann, S. **Psychosocial adaptation of patients and families following bone**

marrow transplantation: a prospective longitudinal study. Bone Marrow Transplantation, 22, 905-911. .(1998).

- Kinzel, T. **Key psychosocial aspects in the medical management of chronic illness**. In J. Toner, L. Tepper, & Y. Greenfield (Eds.), Long term care: Management, scope, and practical issues (pp. 123-129) (1993). Philadelphia, PA: Charles Press.
- Kirk, R. **Experimental design: Procedures for the behavioral science**, 3rd, ed(1995).. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Kleinman, A. **The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition**. (1988). New York, NY: Basic Books.
- Korneluk, Y., & Lee, C. Children's adjustment of parental physical illness. **Clinical Child and Family Psychology Review**, 1(3), 179 -193. (1998).
- Kotchick, B., Summers, P., Forehand, R., & Steele, R. **The role of parental and extra-familial social support in the psychosocial adjustment of children with chronically ill father**. Behavior Modification, 21(4), 409-432. (1997).
- Kraaij, V., Garnefski, N., de Wilde, E., Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S., & Ter Doest, L. Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? **Journal of Youth and Adolescence**, 32, 185–193. (2003).
- Kraemer, H. Coping strategies in psychiatric clinical research. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** 49, 309–319. (1981) .
- Kraemer, H., & Thiemann, S. How many subjects? **Statistical power analysis in research**. (1987). Newbury Park, CA: Sage.

- Krattenmacher, T., Kühne, F., Führer, D., Beierlein, V., Brähler, E., Resch, F., Klitzing, K., Flechtner, H., Bergelt, C., Romer, G., & Möller, B. Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: A multi-center and multi-perspective study. **Journal of Psychosomatic Research,** 74(3), 252-259. (2013).
- Kühne, F., Krattenmacher, T., Beierlein, V., Grimm, J., Bergelt, C., Romer, G., & Moller, B. Minor children of palliative patients: A systematic review of psychosocial family interventions. **Journal of Palliative Medicine**, 15 (8), 931–945. (2012).
- Lane, D., & Tang, Z. Effectiveness of a simulation on transfer of statistical concepts. **Educational Computing Research,** 22, 383-396. (2000).
- Larkin, R., & Thyer, B. **Evaluating cognitive-behavioral group counseling to improve elementary school students' self-esteem, self control, and class room behavior**. Behavioral Interventions, 14, 147-161. (1999).
- Larsen, P. Chronicity. In I. Lubkin & P. Larsen (Eds.), Chronic illness: Impact and interventions (7th, ed. pp. 3-25). (2009). Sudbury, MA: **Jones and Bartlett Publishers**.
- Last, B., & Grootenhuis, M. **Emotions, coping and the need for support in families of children with cancer**: A model for psychosocial care. Patient Education & Counseling, 33, 169-179. (1998).
- Lazarus, A**. Brief but comprehensive psychotherapy**: The multimodal way. (1997). New York: Springer Publications Co.
- Lazarus, A. **The practice of multimodal therapy**. (1988). Baltimore: John Hopkins University.

- Lazarus, R. **The costs and benefits of denial**. In S. Breznitz (Ed.), The denial of stress (pp. 1-30). (1983). New York: International Universities Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. **Stress, appraisal, and coping**. (1984). New York: Springer.
- Le Vieux, J. Terminal illness and death of father: Case of Celeste, age 5 ½. In N. Webb (Ed.), Helping bereaved children: **A handbook for practitioners** (pp. 81-95). (1993). New York: Guilford.
- Leedham, B., & Meyerowitz, B. Responses to parental cancer: A clinical perspective. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, 6(4), 441-461. (1999).
- Lewandowski, L. Needs of children during the critical illness of a parent or sibling. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, 4, 573–585. (1992).
- Lewinsohn, P., & Clarke, G. Psychosocial treatments for adolescent depression. **Clinical Psychological Review**, 19, 329–342. (1999).
- Lewis, F., & Darby, E. Adolescent adjustment and maternal breast cancer: A test of the 'faucet hypothesis'. **Journal of Psych-Oncology,** 21 (4), 81-104. (2003).
- Lewis, F., Casey, S., Brandt, P., Shands, M., & Zahlis, E. The enhancing connections program: Pilot study of a cognitive-behavioral Intervention for mothers and children affected by breast cancer. **Journal of Psych-Oncology**, 14, 1-12. (2005).
- Lewis, F., Hammond, M., & Woods, N. The family’s functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: The development of an explanatory model. **Journal of Behavioral Medicine,** 16, 351–370. (1993).

- Lindqvist, B., Schmitt, F., Santalahti, P., Romer, G., & Piha, J. Factors associated with the mental health of adolescents when a parent has cancer. **Scandinavian Journal of Psychology**, 48(4), 345-351. (2007).
- McBride, M. **The effects of brief Psychoeducation on adolescents' depressive symptoms and perceptions of parenting**. Unpublished Ph.D. Doctoral Dissertation, (2012). University of Montana, Missoula, MT, Montana, US.
- McCarthy, M. **An investigation to determine If model group counseling program can affect the A. trait and A. state anxiety of children who are under stress**. Unpublished Ph.D. Doctoral Dissertation, (1982). Drake University, Des Moines, Iowa, USA.
- McCubbin, H., & McCubbin, M. **Family stress theory and assessment**. In H. McCubbin & A. Thompson (Eds.), Family assessment inventories for research and practice (pp. 3-32). Madison, WI(1991).: University of Wisconsin-Madison.
- McGoldrick, M., Carter, E., & Garcia-Preto, N. (Eds.). **The expanded family life cycle:** Individual, family, and social perspectives (4th, ed.) (2011).. Boston: Allyn & Bacon.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. **Genograms in family assessment** (3rd, ed.) (2008). New York, NY: Norton.
- McGoldrick, M., Giordano, J., & Pearce, J. **Ethnicity and family therapy** (٢nd, ed) (1996).. New York: Guilford.
- Meichenbaum, D. **Clinical Handbook on assessing and treating adults with stress disorder**. (1995). Canada, Waterloo, ON: Institute Press.
- Meichenbaum, D. **Cognitive behavior modification**: An integrative approach. (1977). New York, NY: Plenum Press.

- Meichenbaum, D. **Stress inoculation training. Elmsford**, (1985). NY: Pergamon Press.
- Meyerstein, I. Sustaining our spirits: Spiritual study/discussion groups for coping with medical illness. **Journal of Religion Health**, 44 (2), 207-225. (2005).
- Miller, J. **Coping with chronic illness**: Overcoming powerlessness. 3rd, ed. (1999). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. **Psychosomatic families**: Anorexia nervosa in context. (1978). Cambridge: Harvard University Press.
- Moos, R., & Moos, B. **Family Environment Scale Manual**: Development, applications, research, 3rd, Edition. (1994). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Morganett, R. **Skills for living: Group counseling activities for young adolescents**. Champaign, IL: (1990). Research Press
- Murphy, D., Marelich, W., & Amaro, H. **Maternal HIV/AIDS and adolescent depression**: A covariance structure analysis of the “Parents and Adolescents Coping Together” (PACT) model. Vulnerable Child &Youth Studies, 4(1), 67–82(2009)..
- **National Cancer Registry Incidence of Cancer in Jordan**. Jordan University Press.Jordan National Cancer Registry (JNCR) National Cancer Center: (2009). Jordan, Amman.
- Neilson-Clayton, H., & Brownlee, K. Solution-focused brief therapy with cancer patients and their families. **Journal of psychosocial oncology**, 20, (1), 1-13. (2002).

- Nelson, E., & While, D. **Children's adjustment during the first year of a parent's cancer diagnosis**. Journal of Psychosocial Oncology, 20 (1), 15-36. (2002).
- Niemela, M. Structured **child-centered interventions to support families with a parent suffering from cancer. From practice-based evidence towards evidence-based practice**. Unpublished Doctoral dissertation, (2012). University of Oulu, Oulu, Finland.
- Niemela, M., Hakko, H., & Rasanen, S. A systematic narrative review of the studies on structured child-centered interventions for families with a parent with cancer. **Journal of Psycho-Oncology**, 19 (5), 451-461. (2010).
- Nuttall, P. Self-esteem and children. Family day care facts series**.** National **Network for Child Care-NNCC**. Amherst, MA: (1991). University of Massachusetts, US.
- O'Brien, E., & Epstein, S. The Multidimensional Self-esteem Inventory. Odessa, FL: (1998). **Psychological Assessment Resources**, Inc.
- Ondracek, J., Kim, J-H., Dias, R., & Saeed, M. **Succession and longevity in family business**: The potential contributions of family therapy. USASBE_2009_Proceedings-Page 1202. Minot State University, (2009). West Minot, US.
- Osborn, D. The relationships among perfectionism, dysfunctional career thoughts, and career indecision. **Dissertation Abstracts International**, 59(10), 3746A. (1998).
- Pakenham, K. Benefit finding and sense making in chronic illness. In Folkman, S. (Ed.), **Oxford handbook on stress, coping and health** (pp. 242-268) (2011). NY: Oxford University Press.

- Pakenham, K., & Bursnall, S. Relations between social support, appraisal and coping and both positive and negative outcomes for children of a parent with multiple sclerosis and comparisons with children of healthy parents. **Clinical Rehabilitation** 20 (8), 709-723. (2006).
- Pakenham, K., & Cox, S. Test of a model of the effects of parental illness on youth and family functioning. **Health Psychology**, (2011). from: http://eprints.qut.edu.au/48172/
- Patterson, J., & Garwick, A. The impact of chronic illness on families: A family perspective. **Annals of Behavioral Medicine**, 16 (2), 131-142. (1994).
- Pearson, A., & Lumpkin, G. **Measurement in family business research**: How do we measure up؟ **Family Business Review**، 24 (4), 287-291. (2011).
- Pedersen, S., & Revenson, T. Parental illness, family functioning and adolescent adjustment: A family ecology framework. **Journal of Family Psychology**, 19 (3), 404-419. (2005).
- Peterson, J**. Talk with teens about feelings, family, relationships, and the future**. Minneapolis, (1995). MN: Free Spirit.
- Peterson, J. **The individual counseling process**. In A. Vernon (Ed.), Counseling children and adolescents (2nd, ed., pp. 31-64). (1999). Denver, CO: Love.
- Pietromonaco, P., & Barrett, L. The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? **Review of General Psychology**, 4(2), 155-175. (2000).
- Power, P. **Adolescent reaction to parental neurological illness**: Coping and intervention strategies. Pediatric Social Work, 3(2), 45–52. (1985).

- Prashant, A., & Arora, M. **Psychological stress in adolescents: a study of depression, self esteem and physical symptoms**. Unpublished Ph.D. Doctoral dissertation. (1988). Banaras Hindu University, India.
- Preventing chronic diseases: a vital investment. **WHO global report.**World Health Organization.(WHO 2005). Geneva.
- Radloff, L. S. The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. **Journal of Youth and Adolescence**, 20, 149-166. (1991).
- Radloff, L. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. **Applied Psychological Measurement**, 1, 385- 401. (1977).
- Rando, T. Anticipatory grief and the child mourner. In D. Adams & E. Deveau (Eds.), Beyond the innocence of childhood: **Helping children and adolescents cope with death and bereavement** (pp. 5-41) (1995). Amityville, NY: Baywood.
- Ranzijn, R., Keeves, J., Luszcz, M., & Feather, N. The role of self-perceived usefulness and competence in the self-esteem of elderly adults: Confirmatory factor analyses of the Bachman revision of Rosenberg's Self-Esteem Scale. **Journals of Gerontology**: Psychological Sciences, 53B (2), P96-P104. (1998).
- Rauch, P., Muriel, A., & Cassem, N. Parents with cancer: who's looking after the children? **Journal of Clinical Oncology**, 21, 4399 - 4402. (2002).
- Redin, J. A young woman looks back: Losing her mother to breast cancer. **Oncology Nursing Forum**, 38 (1), 15–18. (2011).

- Reynolds, C., & Richmond, B. Revised children's manifest anxiety scale (RCMAS) manual. (2002). **Western Psychological Services:** Los Angeles, CA.
- Reynolds, C., & Richmond, B. What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 6, 271–280. (1978).
- Rogers, C. Toward a science of the person. **Journal of Humanistic Psychology**, 3(2), 72-92. (1963).
- Rolland, J. **Anticipatory loss**: A family systems developmental framework. Family Process, 29, 229–244. (1990).
- Rolland, J. **Beliefs and collaboration in illness**: Evolution over time. Families, Systems and Health, 16, 7–27. (1998).
- Rolland, J. **Chronic illness and the life cycle**: A conceptual framework. Family Process, 26, 203–221. (1987a).
- Rolland, J. **Families, illness, and disability**: An integrative treatment model. (1994a). New York: Basic Books.
- Rolland, J. Family illness paradigms: Evolution and significance. Family Systems Medicine, 5, 467–486. (1987b).
- Rolland, J. In sickness and in health: The impact of illness on couples' relationships. **Journal of Marital and Family Therapy**, 20, 327–349. (1994b).
- Rolland, J. **Mastering family challenges in illness and disability**. In F. Walsh (Ed.), Normal family processes: Growing diversity and complexity (4th, ed. pp. 452-482) (2012).. New York: Guilford Press.
- Rolland, J. **Mastering family challenges in serious illness and disability**. In F. Walsh (Eds.). Normal family processes: Growing

diversity and complexity (3rd, ed.) (2003). New York: Guilford Press.

- Rolland, J. Parental illness and disability: A family system framework. **Journal of Family Therapy**, 21, 242–266. (1999).
- Rolland, J. **Toward a psychosocial typology of chronic and life-threatening illness**. Family Systems Medicine, 2, 245–263. (1984).
- Roloff, M., & Ifert, D. **Conflict management through avoidance**: Withholding complaints, suppressing arguments, and declaring topics taboo. In S. Petronio (Ed.), Balancing the secrets of private disclosures (pp. pp. 151–163). (2000). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Romer, G., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., & Riedesser, P. Children of somatically ill parents: A methodological review. **Clinical Child Psychology and Psychiatry,** 7, 17–38. (2002).
- Rosenberg, M. **Conceiving the self**. (1979). New York: **Basic Books**.
- Rosenberg, M. **Society and the adolescent child**. Princeton, (1965). NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. **American Sociological Review**, 60(1), 141-156. (1995).
- Rosenhan, D., & Seligman, M. **Abnormal psychology**. (2nd, Second edition). (1989). New York: W.W. Norton.
- Rotheram-Borus, M., Lee, M., Lin, Y., & Lester, P. Six year intervention outcomes for adolescent children of parents with the

human immunodeficiency virus. **Archives of Pediatric & Adolescent Medicine**, 158, 742-748. (2004).

- Rotheram-Borus, M., Murphy, D., Miller, S., & Draimin, B. An intervention for adolescents whose parents are living with AIDS. **Child Clinical Psychology and Psychiatry**, 2, 201–219. (1997).
- Rutherford, M., Kuratko, D., & Holt, D. **Examining the link between ‘‘familiness’’ and performance**: Can the F-PEC untangle the family business theory jungle? Entrepreneurship Theory and Practice, 32(6), 1089–1109. (2008).
- Sbicigo, J., & Dell’Aglio, D. **Family environment and psychological adaptation in adolescents.** Psicologia: Reflexão & Crítica, 25 (3), 615-622. (2012).
- Schaffer, H. Objective observations on personality development in early infancy. **British Journal of Medical Psychology**, 31, 174–183. (1958).
- Schechtman, Z., Bar-El, O., & Hadar, E. Therapeutic factors in counseling and psychoeducation groups for adolescents: A comparison. **Journal for Specialists in Group Work**, 22(3), 203-213(1997).
- Scheidlinger, S. **The small healing group**: A historical overview. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 32(4), 657-668. (1995).
- Schepers, V., Ketelaar, M., Van De Port, I., Visser-Meily, J., & Lindeman, E. **International Classification of Functioning Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the. Disability and Health**. Disability and Rehabilitation, 29(3), 221–230. (2007).

- Schmitt, F., Manninen, H., Santalahti, P., Savonlahti, E., Pyrhonen, S., Romer, G., & Piha, J. Children of parents with cancer: A collaborative project between a child psychiatry clinic and an adult oncology clinic. **Clinical Child Psychology and Psychiatry,** 12(3), 421-436. (2007).
- Schmitt, F., Santalahti, P., Saarelainen, S., Savonlahti, E., Romer, G., & Piha, J Cancer families with children: Factors associated with family functioning: A comparative study in Finland**. Journal of Psycho-Oncology**, 17(4), 363-372. .(2008).
- Schrag, A., Morley, D., Quinn, N., & Jahanshahi, M. **Impact of Parkinson's disease on patients' adolescent and adult children**. Parkinsonism and Related Disorders, 10 (7), 391–397. (2004).
- Segal, J., & Simkins, J. Helping children with ill or disabled parents: A guide for parents and professionals. (1996). London: Jessica Kingsley.
- Seligman, L., & Ollendick, T. **Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth**. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 20(2), 217–238. (2011).
- Sharf, R. **Applying career development theory to counseling** (3rd, ed.). (2002). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Sharf, R. **Theories of psychotherapy and counseling**: Concepts and cases. (1996). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Sheard, T., & Maguire, P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: Results of two meta-analyses. **British Journal of Cancer**, 80(11),1770-1780. (1999).
- Sidell, N. **Adult adjustment to chronic illness**: A review of the literature. Health and Social Work, 22(1), 5-11. (1997).

- Siegel, K., Mesagno, F., Karus, D., Christ, G., Banks, K., & Moynihan, R. Psychosocial adjustment of children with a terminally ill parent. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 31, 327-333. (1992).
- Silverman, W., Ortiz, C., Viswesvaran, C., Burns, B., Kolko, D., Putnam, F., et al. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, 37, 156–183. (2008).
- Smead, R. **Skills and techniques for group work with children and adolescents**. (1995). Champaign, IL: Research Press.
- Spath, M. Children facing a family member's acute illness: A review of intervention studies. **International Journal of Nursing Studies**, 44, 834–844(2007).
- Speece, M., & Brent, S. **The acquisition of a mature understanding of three components of the concept of death**. Death Studies, 16, 211–229. (1992).
- Spira, M., & Kenemore, E. Adolescent daughters of mothers with breast cancer: Impact and implications. **Clinical Social Work Journal**, 28 (2), 183-195. (2000).
- Spitz, R. **Analytic depression**. The Psychoanalytic Study of the Child, 2, 313–342. (1946).
- Stanko, C., & Taub, D. A counseling group for children of cancer patients**. Journal for Specialists in Group Work**, 27, 43-58. (2002).
- Stark, K., Humphrey, L., Crook, K., & Lewis, K. Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives**. Journal of Abnormal Child Psychology**, 18(5), 527-547. (1990).

- Steck, B. The psychosocial impact of multiple sclerosis on families and children. **International Journal of Multiple Sclerosis**, 7, 63–70. (2000).
- Steele, R., Forehand, R., & Armistead, L. The role of family processes and coping strategies in the relationship between parental chronic illness and childhood internalizing problems. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 25(2), 83-94. (1997).
- Steele, R., Tripp, G., Kotchi B., Summers, P., & Forehand, R. Family members' uncertainty about parental chronic illness: the relationship of haemophilia and HIV infection to child functioning. **Journal of Pediatric Psychology**, 22(4), 577- 591. (1997).
- Stein, J., Riedel, M., & Rotheram-Borus, M. **Parentification and its impact on adolescent children of parents with AIDS.** Family Process, 38: 139-208, (1999).
- Su, Y., & Ryan-Wenger, N. **Children's adjustment to parental cancer**: a theoretical model development. Cancer Nursing, 30(5), 362–383. (2007).
- Taylor-Brown, J., Acheson, A., & Farber, J. Kids can cope: a group intervention for children whose parents have cancer. **Journal of Psychosocial Oncology**, 11, 41–44. (1993).
- Thastum, M., Watson, M., Kienbacher, C., Piha, J., Zachariae, R., Baldus, C., & Romer, G. **Prevalence and predictors of emotional and behavioral functioning of children where a parent has cancer**: A multinational study. Cancer, 115, 4030-4039. (2009).
- Tutty, L. **Theoretical and practical issues in selecting a measure of family functioning**. **Research on Social Work Practice**, 5, 80-106. (1995).

- Van de Port, I., Visser-Meily, A., Post, M., & Lindeman, E. Long-term outcome in children of patients after stroke. **Journal of Rehabilitation Medicine**, 39 (9), 703-307. (2007).
- Verduyn, C. Cognitive behavior therapy in childhood depression. **Child Psychology and Psychiatry Review**, 5(4), 176-180. (2000).
- Visser, A., Huizinga, G., Van der Graaf, W., Hoekstra, H., & Hoekstra-Weebers, J. **The impact of parental cancer on children and the family**: A review of the literature. Cancer Treatment Reviews, 30, 683–694. (2004).
- Visser-Meily, A., Post, M., Gorter, J., Berlekom, S., **Rehabilitation of stroke patients needs**: A family-centered approach. Disability and Rehabilitation, 28(24), 1557-61. (2006).
- Visser-Meily, A., Post, M., Meijer, A., Van De Port, I., When a parent has a stroke: Clinical course and prediction of mood, behavior problems, and health status of their young children. Stroke, 36 (11), 2436-2440. (2005).
- Walsh, F. **Strengthening family resilience**. (1998). New York: Guilford.
- Walsh, F. **The concept of family resilience**: crisis and challenge. Family Process, 35, 261–283. (1996).
- Wang, Q. The effect of psychological education on mental health status of middle school students. **Chinese Mental Health Journal**, 11(5), 284-285. (1997).
- Watson, M., St. James-Roberts, I., Ashley, S., Tilney, C., Brougham, B., Edwards, L., et al. Factors associated with emotional and behavioral problems among school-age children of breast cancer patients. **British Journal of Cancer**, 94, 43–50. (2006).

- Weaver, M., & Mathews, D. The effects of a program to build the self- esteem of at-risk students. **Journal of Humanistic Education and Developmen**t, 31 (4), 181-270. (1993).
- Welch, A., Wadsworth, M., & Compas, B. **Adjustment of children and adolescents to parental cancer**: Parents' and children's perspectives. Cancer, 77, 1409-1418. (1996).
- Wells, D., Miller, M., Tobacyk, J., & Clanton, R. **Using a psychoeducational approach to increase the self-esteem of adolescents at high risk for dropping out**. Adolescence, 37 (146), 431-434. (2002).
- Westbury, H. **Young persons' constructions prior to and following parental brain injury.** Unpublished Ph.D. Doctoral Dissertation, (2011). University of Hertfordshire, Hatfield, United Kingdom.
- Wethington, H., Hahn, R., Fuqua-Whitley, D., Sipe, T., Crosby, A., Johnson, R.,. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: A systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, 35, 287–313. (2008).
- Williams, S., & Williams, W**. My family, past, present and future**: A personal exploration of marriage and the family. (2005). Boston, MA: Pearson Custom Publishing.
- Wochna, V. **Anxiety, needs, and coping in family members of the bone marrow transplant patient**. Cancer Nursing, 20 (4), 244-250. (1997).
- Wolpe, J. **Psychotherapy by reciprocal inhibition**. (1958). Stanford, CA: Stanford University Press.

- Wolpe, J. **The practice of behavior therapy** (4th, ed.). (1990). New York: Pergamon Press.
- Wood, M., Brendtro, L., Fescer, F., & Nichols, P. **Psychoeducation**: An idea whose time has come. What works for children and youth with E/BD: Linking yesterday and today with tomorrow. Reston, (1999). VA: Council for Exceptional Children.
- Woods, N., Haberman, M., & Packard, N. Demands of illness inventory: Relationship to individual, dyadic and family adaptation to chronic illness. **Western Journal of Nursing Research**, 15, 10–30. (1993).
- Worsham, N., Compas, B., & Sydney, E. **Children's coping with parental illness.** In S. Wolchik & I. Sandler (Eds.), Handbook of children's coping: Linking theory and intervention (pp. 195–213). (1997). New York: Plenum Press.
- Wright, L., Watson, W., & Bell, J. Beliefs**: The healing in families and illness**. (1996) New York: Basic Books.
- Wu, N., Slocum, S., Comulada, S., Lester, P., Semaan, A., &Rotheram-Borus, M. Adjustment of adolescents of parents living with HIV. **Journal of HIV/AIDS Prevention in Children & Youth**, 9, 34–51. (2008).
- www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/chronic.htm Centers for Disease Control and Prevention CDC. 2009.Chronic Diseases: The power to prevent, the call to control: At a glance 2009. Atlanta, GA.
- Wyatt, J. **An outcome evaluation of an after- school program for children with emotional and behavioral disorders**. Unpublished Ph.D. Doctoral Dissertation, (2002) University of Nebraska, Nebraska, USA.

- Wynne, L., Shields, C., & Sirkin, M. **Illness, family theory, and family therapy**: Conceptual issues. Family Process, (31), 3-18. (1992).
- Yalom, I. **Inpatient group psychotherapy**. Basic Books, (1983). New York.
- Yalom, I. **The theory and practice of group psychotherapy.** 4th, Fourth Edition**,** (1995). New York: Basic Books**.**
- Zahlis, E. The child's worries about the mother's breast cancer: sources of distress in school-age children. **Oncology Nursing Forum**, 28, 1019-1025. (2001).
- Zahlis, E., & Lewis, F. Mothers' stories of the school-age child's experience with the mother's breast cancer. **Journal of Psychosocial Oncology**, 16, 25-43. (1998).
- Zakowski, S., Hall, M., Cousino Klein, L., & Baum, A. Appraised control, coping and stress in a community sample: A test of the goodness-of-fit hypothesis**. Annals of Behavioral Medicine**, 23 (3), 158-165. (2001).
- Zetaruk, A. **Cognitive behavioral therapy with children and adolescents who hav[illegible]lisorder**. Unpublished Master Thesis, (2004). University of Manitoba, Manitoba, Canada.

ملاحق الدراسة

بسم الله الرّحمن الرّحيم

الملحق (1). استبانة المعلومات الدّيموغرافيّة الأساسية

أختي الطّالبة، أرجو ملء البيانات الواردة مع جزيل الشكر:

الاسم الثلاثي: ....

الصف الدراسي: أ. السادس ( ). ب. السابع ( )

العمر مقدراً بالسنوات: ....سنة

الفئة العمرية: أ. من 12– أقل من 13 ( ). ب. من 13– 14 ( )

المدرسة: أ. أم عطية الأنصارية ( ). ب. حي الإسكان ( )

عنوان السكن الحالي: **الهاتف:**

الترتيب الولادي:

أ. الأول ( ). ب. الثاني ( ). ج. الثالث ( ). د. الرابع ( ). هـ. الأخير ( ).

الحالة الاقتصادية:

أ. منخفضة ( ). ب. من متوسطة ( ). ج. مرتفعة ( ).

الأب. **السن بالسنوات :**

مستوى تعليم الأب:

أ. إعدادية فأقل( ). ب. ثانويّة عامّة( ). ج. دبلوم كليّة مجتمع( ). د. جامعي( ).

الأم **السن بالسنوات :**

مستوى تعليم الأم:

أ. إعدادية فأقل( ). ب. ثانويّة عامّة( ). ج. دبلوم كليّة مجتمع( ). د. جامعي( ).

حالة عمل الأب الحالية: **يعمل** ( ). **ب. لا يعمل** ( ).

حالة عمل الأم الحالية: **تعمل** ( ). **ب. لا تعمل** ( ).

عدد الأخوة البنات والبنين بالرقم : ( )

الفئة العددية: أ. من 1–2 ( ). ب. 3–4 ( ). ج. 5–6 ( ). د. أكثر من 6 ( ).

مع من الأقارب يسكن معكم حالياً:

أ. العمة( ). ب. الجد ( ). ج. الجدة ( ). د. لا أحد ( ).

اسم مرض الأم:

أ. القلب ( ). ب. السكري. ( ). ج. السرطان ( ). د. الكلى ( ) هـ. تصلب العضلات ( ).

تاريخ بدء مرض الأم:

أ. قبل 6 أشهر–سنة ب. أكثر من سنة واحدة–أقل من سنتين. ج. من سنتين –ثلاث سنوات.

هل تشعرين بأن البيئة الأسرية أصبحت متغيرة نوعاً ما بعدَ مرض الأم؟ أ. نعم ( ) ب. لا ( ).

هل تشعرين بأنك نفسك أصبحت متغيرة نوعاً ما بعدَ مرض الأم؟ أ. نعم ( ) ب. لا ( ).

الملحق (2): مقياس تقدير الذات

الرقم	الفقرات	أبداً	نادراً	غالباً	دائماً
1	أشعر أنني شخص له قيمة بالمقارنة مع الآخرين.				
2	أشعر أن لدي عدد من الصفات الجيدة .				
3	أستطيع أن أقوم بالأشياء بطريقة صحيحة مثل أكثر الناس .				
4	أشعر أنه ليس لدي الكثير لأفخر به.				
5	أشعر بالرضا عن نفسي.				
6	في بعض الأحيان اعتقد أنني غير جيد .				
7	أنا شخص مفيد لمن هم حولي .				
8	أشعر أنني لا أستطيع أن أقوم بأي شيء بطريقة صحيحة.				
9	عندما أقوم بعمل أقوم به على نحو جيد .				
10	أشعر أن حياتي ليست مفيدة .				

الملحق (٣): مقياس القلق

الرقم	الفقرات	أبداً	نادراً	غالباً	دائماً
1.	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.				
2.	انزعج عندما لا تسير الأمور كما أرغب.				
3.	يقوم الآخرون بعمل الأشياء بطريقة أفضل مني.				
4.	أشعر بالقلق معظم الوقت.				
5.	أخاف من أشياء كثيرة.				
6.	أغضب بسهولة.				
7.	أشعر بالقلق حول ما سيقوله والديَ لي.				
8.	أشعر أن الآخرين لا يحبون طريقتي في أداء الأشياء.				
9.	أجد صعوبة في النوم ليلاً.				
10.	أشعر بالقلق حول ما يفكر به الآخرون عني.				
11.	اشعر بالوحدة حتى مع وجود الآخرين معي.				
12.	أشعر بألم في معدتي.				
13.	تجرح مشاعري بسهولة.				
14.	تعرق يداي.				
15.	اتعب كثيراً.				
16.	أشعر بالقلق حول ما يمكن أن يحدث معي في المستقبل.				
17.	الأطفال الآخرون أكثر سعادة مني.				
18.	أحلم أحلاماً مزعجة.				
19.	أشعر أن شخصاً ما سوف يخبرني أنني أقوم بعمل الأشياء بطريقة خاطئة.				
20.	بعض الأحيان استيقظ مذعورة.				
21.	أقلق عندما أذهب إلى النوم ليلاً.				
22.	من الصعب أن أركَز على أداء واجباتي اليومية.				
23.	أتحرك كثيراً في مقعدي.				
24.	أنا عصبية.				
25.	أرى أنَ كثيراً من الناس ضدي.				
26.	أشعر أن شيئاً سيئاً سيحدث لي.				

الملحق (٤): مقياس الاكتئاب

الرقم	الفقرات	أبداً	نادراً	غالباً	دائماً
1.	أنزعج من أشياء لم تكن تزعجني في السابق.				
2.	شهيتي للطعام ضعيفة.				
3.	اشعر بأنني لا أستطيع التخلص من شعوري بالاكتئاب حتى بمساعدة عائلتي أو أصدقائي.				
4.	أشعر أني جيد مثل الآخرين.				
5.	أجد صعوبة في التركيز على ما أقوم به.				
6.	أشعر بالكآبة.				
7.	أشعر أني أبذل جهداً كبيراً في كل شيء أقوم به .				
8.	أشعر بتفاؤل حول المستقبل.				
9.	أعتقد أنني فاشل.				
10.	أشعر بالخوف.				
11.	لا أرتاح أثناء نومي.				
12.	أشعر بالسعادة.				
13.	أتكلم أقل مما كنت أقوم به سابقاً.				
14.	أشعر بالوحدة .				
15.	الناس غير لطيفين معي.				
16.	أستمتع بالحياة.				
17.	أرغب في البكاء.				
18.	أشعر بالحزن.				
19.	أشعر أن الآخرين لا يحبوني.				
20.	لا أستطيع مواصلة أي عمل أقوم به.				

الملحق (5). مقياس المناخ الأسري (The family climate scales (FCS))

	في هذه الأسرة......................	تنطبق دائماً	تنطبق معظم الوقت	تنطبق أحياناً	لا تنطبق أبداً
1	أفراد الأسرة لا يعبرون عن آرائهم بصراحة وانفتاح.	1	2	3	4
2	نحافظ على وجهات النظر الخاصة بنا إلى حد كبير داخل أنفسنا.	1	2	3	4
3	نحن مهذبون بدلًا من أن نكون صريحين وصادقين في كيفيه تواصلنا مع بعضنا البعض الآخر.	1	2	3	4
4	نحن نتحدث بانتظام عن أمور تعنينا وتهمنا.	1	2	3	4
5	أفراد الأسرة لا يهتم كل واحد منهم بآراء الآخرين.	1	2	3	4
6	نكرس وقتاً للاستماع لبعضنا البعض الآخر.	4	3	2	1
7	نطرح القضايا بصورة صحيحة ومباشرة السيئ منها والجيد.	4	3	2	1
8	نحن صريحون مع بعضنا البعض الآخر.	4	3	2	1

	في هذه الأسرة......................				
9	تحاول الأجيال الأصغر أن تتفق وتتطابق مع ما يريده الجيل الأقدم.	4	3	2	1
10	رغبات الجيل الأكبر سناً أوامر تطاع وتلبى.	1	2	3	4
11	سلطة الجيل الأكبر ليست موضع تساؤل.	1	2	3	4
12	يضع ويسن أفراد العائلة من الجيل الأكبر سناً القواعد والقوانين.	4	3	2	1
13	يتم اتخاذ القرارات وصنعها من قبل كل شخص على قدم المساواة بغض النظر عن الأقدمية.	4	3	2	1
14	يتساوى الكبار والصغار في القوة والسلطة.	1	2	3	4
15	كلمة الجيل القديم هي القانون.	1	2	3	4
16	يشجع جيل الشباب بحرية على تحدي آراء الجيل الأكبر.	4	3	2	1

	في هذه الأسرة......................				
17	يهتم الجيل الأقدم اهتماماً شديداً بأنشطة الجيل الأصغر.	1	2	3	4
18	يظهر الجيل الأكبر سناً قلقاً واهتماماً برعاية مصلحة الجيل الأصغر.	4	3	2	1
19	يتوقع من الجيل الأصغر الاعتناء والاهتمام برعاية شؤونهم ومصالحهم الخاصة.	1	2	3	4
20	يتبنى الجيل الأكبر موقفاً واتجاهات لحماية الأعضاء الأصغر سناً.	1	2	3	4
21	يترك صغار الراشدين لممارسة أسلوبهم الخاص بهم بدون تدخل من الأكبر سناً.	1	2	3	4
22	الجيل الأكبر داعم ومساعد جداً لتحقيق أهداف الجيل الأصغر.	4	3	2	1
23	الجيل الأكبر متجاوب جداً مع حاجات الجيل الأصغر.	4	3	2	1
24	أفراد العائلة الأكبر سناً مهتمون ومتعاطفون مع هموم أفراد العائلة الأصغر.	4	3	2	1

	في هذه الأسرة......................	تنطبق دائماً	تنطبق معظم الوقت	تنطبق أحياناً	لا تنطبق أبداً
25	لدينا وجهات نظر متماثلة ومتشابهة حول الأشياء.	4	3	2	1

26	نميل إلى الاختلاف في وجهات النظر على نطاق واسع بشأن معظم القضايا الاجتماعية.	1	2	3	4
27	لدينا اهتمامات وأذواق مشتركة.	4	3	2	1
28	مواقفنا ومعتقداتنا متماثلة ومتشابهة جداً.	4	3	2	1
29	ليس لدينا الكثير من الأمور المشتركة.	1	2	3	4
30	نحن نفكر بنفس الطريقة.	1	2	3	4
31	لدينا وجهات نظر مختلفة جذرياً بشأن القضايا والأمور.	1	2	3	4
32	قيمنا متشابهة جداً.	4	3	2	1

33	بالنسبة للكثير منا أقوى العلاقات العاطفية وأشدها تكون خارج نطاق الأسرة.	1	2	3	4
34	الرابطة العاطفية بين الجميع قوية جداً.	4	3	2	1
35	نحن عادة نشعر بالسعادة عندما نكون مع بعضنا البعض.	4	3	2	1
36	نفتقد بعضنا البعض في الوقت الذي نكون فيه بعيدين لبعض الوقت.	4	3	2	1
37	يجعل أفراد الأسرة بعضهم البعض يشعرون بالأمان.	4	3	2	1
38	يشعر أفراد الأسرة بالدفء في علاقتهم ببعضهم البعض الآخر.	4	3	2	1
39	نحن لسنا قريبين عاطفياً.	1	2	3	4
40	نشعر بالكثير من الحب لبعضنا البعض الآخر.	4	3	2	1

41	نحن نواجه التحديات على نحو فعّال جداً.	4	3	2	1
42	نحن نتصف بالتكيف والمرونة في كيفيه تعاملنا مع الصعوبات.	4	3	2	1
43	نحن سيئون وفاشلون في التعامل مع الأمور غير المتوقعة.	1	2	3	4
44	كنا دائماً قادرين على مساعدة بعضنا البعض عندما تدعو الحاجة.	4	3	2	1
45	في حلنا للمشاكل نحن لسنا على استعداد في كثير من الأحيان لتغيير الروتين الخاص بنا.	1	2	3	4
46	نحن نتعامل مع المشاكل بعقلية إيجابية.	4	3	2	1
47	نحن نعرف أننا لدينا القدرة والقوة لحل مشاكل رئيسية وجوهرية.	4	3	2	1
48	عندما نواجه صعوبات فنحن نعمل معاً على نحو فعّال.	4	3	2	1

الملحق رقم (٦)

قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين لأدوات الدراسة

الرقم	الإسم	التخصص	الرتبة الأكاديمية	مكان العمل
.١	الدكتور أحمد العلوان	علم نفس تربوي	أستاذ مشارك	الجامعة الهاشمية
.٢	الدكتور يحيى نصار	علم نفس تربوي	أستاذ مشارك	الجامعة الهاشمية
.٣	الدكتورة مها درويش	إرشاد نفسي	دكتوراه	جامعة ناعور/الانروا
.٤	الدكتورة رنده محاسنه	علم نفس تربوي	أستاذ مشارك	الجامعة الهاشمية
.٥	الدكتورة عائشة السوالمه	إرشاد نفسي	أستاذ مساعد	الجامعة الهاشمية
.٦	الدكتورة جيهان مطر	علم نفس تربوي	أستاذ مشارك	الجامعه الاردنيه
.٧	الدكتورة رفعه الزعبي	علم نفس تربوي	أستاذ مشارك	الجامعة الاردنية
.٨	الدكتور احمد الزق	علم نفس تربوي	أستاذ مساعد	الجامعة الاردنية
.٩	الدكتور نزار اللبدي	علم نفس تربوي	أستاذ مساعد	الجامعة الاردنية
.١٠	الدكتور حسين الطروانه	علم النفس	أستاذ	الخدمات الطبية الملكية

الملحق رقم (٧)

نموذج الموافقة المطّلعة (INFORMED CONSENT FORM) نسخة ولي أمر الطالبة

أنا .... بصفتي ولي أمر/ والدة الطالبة...................... ....

وبكامل الحرية وباختياري وبشكل طوعي وبدون إحراج أو إجبار من أي جهة، أوافق على أن تكون ابنتي................أحد المشاركات في إجراءات وتطبيقِ أدوات البحث المعنون "أثر برنامج إرشاد جمعي لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لأطفال الأمهات المصابات بمرض مزمن". تقوم بهذا البحث السّيدة أمل قزق وهي طالبة دراسات عليا في السنة النهائية في مستوى الماجستير – تخصص إرشاد أسري. ويُجرى البحث بإشرافِ الدّكتورة جهاد علاء الدين الأستاذة المشاركة في تخصص الإرشاد النفسي في الجامعة الهاشمية.

1. Study Title: Effect of Group Counseling Program in Improving the Psychological and Social Adjustment Among Children of Mothers with Chronic Disease	١. عنوان الدراسةِ: أثر برنامج إرشاد جمعي لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لأطفال الأمهات المصابات بمرض مزمن
2. Performance Sites: Female students (7^{th},- 8^{th}, grades) and their parents from public female schools in Zarqa District- Zarqa Governorate, Jordan will be asked to participate on a voluntary basis.	٢. مواقع الأداء: الطالبات وأولياء أمورهن (الوالدان) من الطالبات في الصفوف من السابع إلى الثامن اللواتي يَذْهبن إلى المدارس الحكومّيةِ في مَدارِس الإناث الحكومية في مدينة الزرقاء- محافظة الزرقاء، الأردن سَيُطْلَبُ منهم المُشَارَكَة على أساس طوعي.
3. Names and Telephone Numbers of Investigators: If you have any questions or worries about the project, you and your parent can call us: Dr. Jehad M. Alaedein , Ph. D. Tel. 0795588003 Amal Saleh Kazok, Family Counseling graduate MA student (1270301) Tel. 0772607706	٣. أسماء وأرقام هاتف الباحثين: إذا كان لديك أي سؤال أو مخاوف حول المشروعِ، أنت ووالدكَ يُمْكِنُ أن تنصلي بالباحثتين بالأرقام التالية: الدكتورة جهاد علاء الدين رقم الهاتف:0795588003 أمل صالح قزق –طالبة دراسات عليا- ماجستير إرشاد أسري ورقمها الجامعي (1270301). رقم الهاتف: 0772607706
4. Purpose of the Study: Examining and exploring the effectiveness of counseling groups in improving emotional and social difficulties among female adolescents in families who have mothers with Chronic Disease.	٤. غرض الدراسةِ: استكشاف وفحص فعالية المجموعات الإرشادية في تحسين الصعوبات الانفعالية والاجتماعية عند أطفال الأمهات المصابات بمرض مزمن
5. Participant Inclusion: Female Students adolescents (12-14 years) and Fathers, mothers, or caregivers in families who have mothers with Chronic Disease	٥. المشارِكون المستهدفون: الطالبات في سن (١٢-١٤) سنة ووالديهن في أسر الأمهات المريضات بمرض مزمن.
6. Number of Participants: (70-80) adolescents (ages 13-16) for pilot study and instrument validation and for experimental and control *samples* may be obtained, and (10-12) of participants in every one group with total of (32-48) students.	٦. عدد المشاركين: (٧٠-50) من الإناث المُراهقات (أعمار ١٢-14) سنة للدراسة الاستطلاعية لتطوير الأدوات وللوصول للعينة التجريبية والضابطة (ن=32) والتي يبلغ عدد أفراد المجموعة الواحدة في كل منها من (١٠-8) طالبة.
7. Study Procedures: Female adolescent offspring (12-14 years) and their parents will be asked to participate. You will be asked to complete a questionnaire about your household conditions, emotional social difficulties in your day-to-day life, and your parent (Mother-Father) will be asked to complete a demographic questionnaire. Filling out this questionnaire should not take more than 30 minutes. You will be asked also if you approve to participate in a group counseling program that well be conducted in your school for (5-6) weeks for 12-14 , (45 minutes) sessions with three pre-post-follow-up tests In Princess Salma Center-Zarqa,. No one but the researchers will see your answers. We also will remove your name from your answers, so that your answers cannot be identified. Only those with parental signed consent forms will be included in the study. This is optional and is not Obliged.	٧. إجراءات الدراسةِ: الإناث المراهقات (١٢-١٤) وآبائهن سَيَطْلبونَ للمُشَارَكَة. أنت ووالدكَ/ والدتك سَيَطْلُبُ منكما إكْمال استفتاء حول بعض المعلومات عن أسرتك وأنت سيُطلب منك إكمال مسح حول الأوضاع البيتيةِ والصعوبات العاطفية والاجتماعية. هذا المسح يَجِبُ أن لا يَأْخذَ أكثر مِنْ ٣٠ دقيقة. كما ستطلب الفتيات اللواتي يسجلن مؤشرات صعوبات عاطفية للمشاركة في الدراسة التجريبية بما فيها البرنامج الجمعي الذي يتم داخل الأميرة سلمى التابع لوزارة الثقافة-الزرقاء-حي جبل طارق، هاتف: 39300691. وخلال الإجازة المدرسية علماً أن المواصلات مؤمنة. تبلغ مدة (٧-٨) أسابيع بعدد جلسات (١٢-١٤) جلسة، والقياسات القبلية والبعدية والتتبعية. إن هذه الدراسةَ ستكون سرّيةُ لا أحد لكن الباحثين فقط سَيَرونَ أجوبتَكَ. نحن أيضاً سَنُزيلُ اسمَكَ مِنْ أجوبتِكَ، لكي أجوبتكَ لا يُمْكن أن تُميَّزَ. وهذا أجراء اختياري وليس إلزامياً.

8. Benefits: Completion of this project will help us understand emotional difficulties among adolescents living in families with sick mothers. This will help you to share your ideas, emotions and concerns with your peers, and will aid us in developing counseling programs and interventions to increase beneficial forms of social support in these families to improve emotional and psychological functioning.	٨. المنافع: إكمال هذا المشروعِ سَيُساعدُنا على فهم مشكلات الفتيات اللواتي يعشن في أسر بها أم مريضة بمرض مزمن كالقلب والسكري والسرطان وغيره، وسيساعدك على مناقشة أفكارك ومشاعرك وهمومك مع الفتيات مثلك وسَيُساعدُنا في تَطوير البرامج والتدخلات الإرشادية لزِيَادَة كفاءة الإناث والأشكالِ المفيدةِ مِنْ الدعمِ الاجتماعي في هذه الأسر لتَحْسين الاشتغال العاطفي والنفسي.
9. Risks/Discomforts: We do not expect that your daughter will feel anything bad when completing questionnaire and participating in counseling groups. But if you experience some distress during participation in the study, the investigators can provide your daughter with individual or family session with female expert counselor and we can give you and your daughter the names and phone numbers of clinics that can assist you.	٩. المخاطر والإزعاجات: نحن لا نَتوقّعُ بان الطالبة. . . سَتَشعر بأيّ شيء مزعج عندما تكمل المسح أو تشارك في المجموعة الإرشادية. لكن إذا كانت ستشعر ببعض الانزعاجَ، نحن يُمْكِنُ أن نساعدكَ بَجلسة فردية أو إرشاد أسري مع معالجة متخصصة أو نعطيك ووالدَكَ/ والدتك أسماءَ وأرقامَ هواتف المراكز التي يُمْكِنُ أن تساعدك. .
10. Right to Refuse: Participants may choose not to participate or to withdraw from the study at any time without penalty. You can refuse to allow your daughter to participate before, during or after completing the study procedures including counseling group, and /or questionnaire without any problem.	١٠. الحقّ في الرَفْض: المشاركون قَدْ يَختارونَ أن لا يُشاركوا أو أن ينسحبوا مِنْ الدراسةِ في أي وقت كان بدون أي أجراء ضدهم. أنت يُمْكِنُك أن تَرْفضَ مُشَارَكَة الابنة قبل وأثناء أو بعد إكْمال إجراءات الدراسة بما فيها المجموعة الإرشادية والاستفتاءِ بدون أيّ مشكلة.
11. Right to Privacy: Results of the study may be published, but no names or identifying information will be included in the publication. This study may be published, but you and student and parent's names will not be included in the publication.	١١. الحق في المحافظة على السرية: هذه الدراسةِ قَدْ تُنْشَرُ، لَكنَّ الأسماء التي تشير للطالبة أو للوالدة/ الوالد لَنْ تُتضمّنُ في النشرِ.
I agree for my daughter………… to participate in the study described above and acknowledge the researchers obligation to provide me with a copy of this consent form if signed by me.	أُوافقُ على مُشَارَكَة ابنتي. . . . . في الدراسةِ التيَ وصِفت أعلاه وأقِرَّ بالتزام الباحثين بتَزويدي بنسخة من نموذج الموافقةِ إذا كانت مُوَقَّعة مِن قِبلي.
Signature of student's guardian Mother of Participant Name:______________________ Signature____________________ Date ______________________	اسم وتوقيع ولي الأمر/ والدة الطالبة المشاركةِ الاسم ________________________ التوقيع_______________________ التاريخ ______________________
Name & Signature of student's guardian/ Father of Participant Father Name:______________________ Signature______________________ Date ______________________	اسم وتوقيع ولي الأمر/ والد الطالبة المشاركةِ اسم الأب ______________________ التوقيع_______________________ التاريخ ______________________
Name & Signature of student Participant Name Participant ______________________ Signature______________________ Date ______________________	اسم توقيع الطالبة المشاركةِ______________________ التوقيع_______________________ التاريخ ______________________
Researcher______________________ Signature of Reader _________________ Date_____________________	أشْهدُ بأنني قَرأتُ نموذج الموافقةِ هذا للوالدة وللمشاركةِ واتضّح ذلك بإكْمال خَطّ التوقيعَ أعلاه، وان والدي المشاركة وافقا على المُشَارَكَة. الباحث __________________ التوقيع ______________________ التاريخ______________________

اسم وتوقيع المشرف: التاريخ:

الملحق رقم (٨)

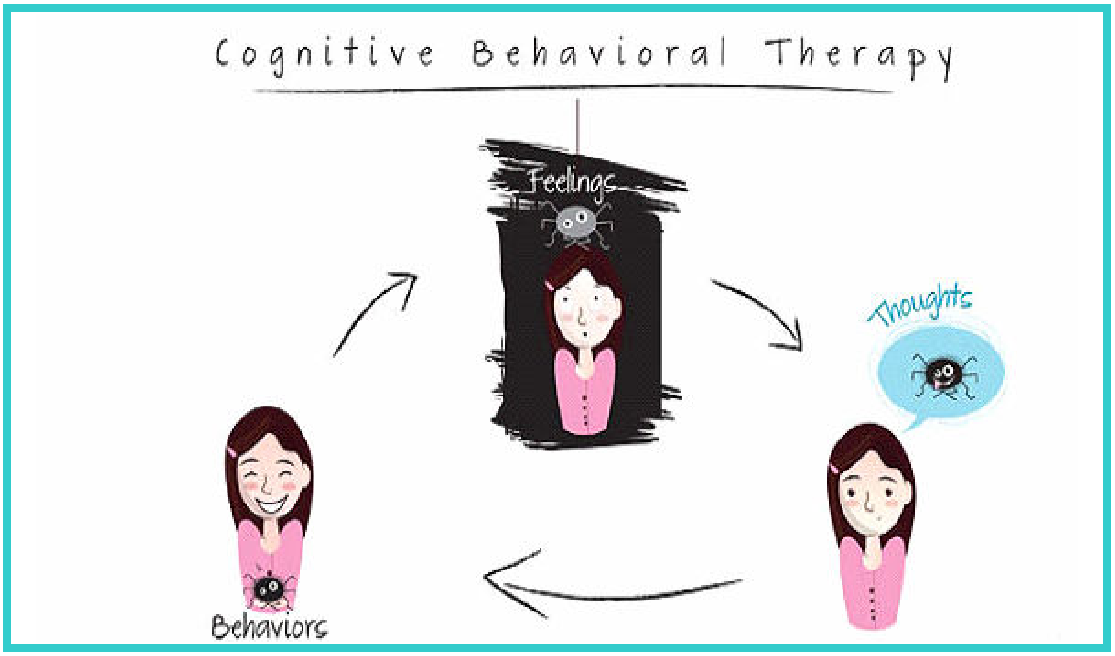
نموذج الموافقة المطّلعة INFORMED CONSENT FORM –نسخة الابنة الطالبة

أنا.................................. وبكامل الحرية وباختياري وبشكل طوعي وبدون إحراج أو إجبار من أي جهة، أوافق على أن أكون أحد المشاركات في إجراءات وتطبيقِ أدوات البحث المعنون "أثر برنامج إرشاد جمعي لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لأطفال الأمهات المصابات بمرض مزمن". تقوم بهذا البحث السّيدة أمل قزق وهي طالبة دراسات عليا في السنة النهائية في مستوى الماجستير – تخصص إرشاد أسري. ويُجرى البحث بإشرافِ الدكتورة جهاد علاء الدين الأستاذة المشاركة في تخصص الإرشاد النفسي في الجامعة الهاشمية.

العبارات	نعم
أنا أفهم بان غرض هذا البحث هو توفير معلومات وفهم أفضل لتأثيراتِ مرض الأم والإجهاد العائلي المرتبط به على نوعية الحياة عند الأبناء من المراهقات، ودورِ المشاركة في مجموعة إرشادية في تحسين صعوباتِ التوافق النفسي والاجتماعي لدى هؤلاءِ الفتياتِ داخلِ مركز حكومي تابع لوزارة الثقافة– منطقة الزرقاء– حي جبل طارق– هاتف: 39300691.	
أفهم أن المشاركة في هذا البحث تستدعي انه سيُطرح على أسئلة شخصية حول الحياة اليومية والإجهاد الذي أواجهه كنتيجة وبسبب مرضِ الأم.	
م بأنني سيطلب مني إكمال استبيان ورقي والذي ستأخذ عملية تعبئته تقريباً من (٣٠–٤٠) دقيقة من وقتي خلالِ الفصل الأول من العام الدراسي الحالي (٢٠١٣–٢٠١٤).	
أدرك أنني سأشارك أيضاً إذا وقعَ عليّ الاختيارِ في جلسات مجموعة إرشادية داخلِ المدرسة بمعدل حصتين أسبوعياً لمدة سبعة أسابيع كأقصى حد خلالِ الفصل الأول من العام الدراسي الحالي (٢٠١٣–٢٠١٤).	
وأنا أفهم بان إجاباتي على هذه الأسئلة وأية معلومات أخرى ستطلب مني في الاستبيان وستظهر نتيجة مشاركتي في المجموعة ستبقي سرّية إلى الحدّ الذي يسمح به القانون وبأن اسمي سوف لن يظهر على أيّ من النتائج. كما أن ردودي الفردية لن يخبر عنها في نتائج البحث النهائي الذي قد ينشر مستقبلاً، لكن فقط نتائج الأرقام والأعداد الخاصة بإحصائيات الردود الفردية والمتعلقة بما يدور في المجموعة هي التي ستوثق وتنشر بدون الإشارة لأصحابها.	
أنا أفهم بأنه سيكون هناك أقل ما يمكن من الخطر علي أثناء تنفيذ هذا المشروع. وان ذلك لن يتجاوز بعض اللحظات المزعجة الناتجة عن استعادة تذكر بعضِ الأمور الموترة المرتبطة بحالتي بعد مرض أمي، فانا قد أشعر ببعض الحزن المعتدل وأنا أستعيد وأتأمل وأعكس مشاعري وأجيب على هذه الأسئلة، وذلك بسبب الظروف التي طرأت على عائلتي والمشاعر والصعوبات التي قد أواجهها في هذا الوقت. إذا شعرت بان الخبرة والإجراءات ستكون مزعجة جداً لي فانا لديّ كامل الحرية في أن أوقف الاشتراك في أي وقت أرغب فيه.	
أنا أفهم بان النتائج المستخلصة من هذا المشروع قد تفيد الآخرين الذين يعيشون في مثل حالتي في المستقبل، نظراً لان خبرة المجموعة الإرشادية ونتائجها ستفيد أخصائيي الصحة النفسية، والباحثين الأسريين، وصنّا ع الخطّط الصحية والأسرية لتحسّين الدعم العائلي أثناء مرض الوالد في أي أسرة. أنا قد أحقق المنافع أيضاً على المستوى الشخصي من ناحية الفهم الأفضل لسبلِ التعامل وكيفية مواجهة إجهادي الخاص، والتغييرات التي طرأت على نوعية الحياة.	
أفهم بأنني لديّ الحق في أن انسحب من هذه الدراسة في أي وقت كان بدون تحيّز، أو عقوبة أو خسارة مع مراعاة أنني سأبلغ الباحثة مسبقاً عن الأسبابِ الطارئة التي استدعت ذلك.	
أنا أدرك بأنني أعطيت ولديّ الحقّ في السؤال وأنني حصلت على الإجابات الخاصة بالأسئلة المتعلّقة بهذه الدراسة. تلك الأسئلة، إذا وجد أيّ منها، قد استجيب لها كما أشاء وكما يرضيني.	
أفهم بأنني قد أتّصل بالسّيدة أمل قزق في الهاتف رقم: 0772607706 أو الدّكتورة جهاد علاء الدين في قسم علم النفس التربوي في الجامعة الهاشمية للإجابة على أي تساؤل حول هذا البحث أو بشان حقوقي كمشاركة.	
قرأت وأفهم ما ورد في نموذج الموافقة أعلاه.	
التاريخ: /٢٠١٣/١١ اسم المشاركة التوقيع :	
اسم وتوقيع المشرف	

الملحق رقم (٩) تفاصيل جلسات برنامج الإرشاد الجمعي

الإرشاد المعرفي السلوكي والتعليم النفسي



تفاصيل برنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي

(Group Counseling Program Based on Cognitive Behavioral therapy [CBT]) and Psychoeducation

مجموعة أنا أدعم نفسي وأسرتي

الجلسة الأولى (1) Session

اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(١)	الأحد ٢٠١٤/١/١٢	٩-١٠	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	التعارف والبناء ووصف المشكلة

الأهداف

1. تَمْكين المجموعةِ للتَعْرف على بعضهم البعض.
2. بدء أفراد المجموعةِ بوَضْع الأهدافِ الشخصية والخاصة بالمجموعة ووصف المشكلة (القلق والاكتئاب ومشكلات تقدير الذات وصعوبات العلاقات في البيئة الأسرية بسبب مرض الأم).
3. تشجيع الأعضاء على الشُعُور بأنهم مرتاحون مَع بعضهم البعض وخَلق جوَّ من الثقةِ بين أعضاء المجموعةِ وبينَهم والميسرة (قائدة المجموعة).
4. التعلّم عن مبدأ السرّية وروح المجموعة. تسهّيلُ تَعَلّم المجموعةِ، دعم الأقران وتقوّية العِلاقاتَ بين أعضاء المجموعةِ.
5. الاتفاق على قواعدِ المجموعةَ وتوقّيعُ عقد الاتفاق والموافقة الخاصة بقواعدِ العمل في المجموعة.
6. معالجة القضايا الخاصة بنمطِ سير الجلسات: راجع القواعد والقوانين مع المشاركات (الواجب البيتي). (3 دقائق).

المواد

١. ورق للرسم.
٢. مربعات صغيرة من الورق المقوى.
٣. أقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.
٤. لوح ورقي فليب تشارت.
٥. نموذج عقد اتفاق مكتوب بين المرشدة وأعضاء المجموعة من صنع اعضاء المجموعة بالألوان.
6. مقياس تقييم من 1 إلى ٨، ما هو شعورك لهذا اليوم؟
٧. ماء ومرطبات وأطعمة خفيفة (بسكوت).
٨. نشاطِ كسرِ الجمود (Icebreaker).
٩. نشرة مواضيع البرنامج مرفقة بجدول زمني.
١٠. نموذج الواجب البيتي (١). أشياء أتمنى أن تتغير أو تتحسن في نهاية البرنامج(رفع الدافعية).

الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يَطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

المقدمة (3 دقائق)

1. يفسر لأعضاء المجموعة سبب وجودهم في المجموعة، معاناتهن من صعوبات نفسية واجتماعية داخل الأسرة والأم مصابة بمرض خطير مزمن (مع الإشارة بطريقة غير مباشرة للمقاييس التي قمن بالاستجابة لها).
2. شرح ما ستقوم به المجموعة، ومتى سنلتقي؛ سنتحدث، ولعب الألعاب، والرسم، وقراءة الكتب وسنعمل بعض الواجبات في البيتِ. سوف نلتقي مرة في الأسبوع لمدة أربعة إلى خمسة (4–5) أسابيع.

2.نشاط الافتتاح

1. التحقق من المشاعر: على مقياس من 1 إلى 10، ما هو شعورك اليوم؟ (4 دقائق).
2. الحديث عن السرية وروح الجماعة (10 دقيقة).

3. **السرية والشعور بالمجموعة سوياً.**

أ- ما المقصود بالسرية؟
ب- القول بأن شعار المجموعة هو: "كل ومهما يقال في المجموعة، يبقى في المجموعة" (Smead, 1995, p. 94).
ت- تتأكد الباحثة من أنهم يفهمون هذا المفهوم وتطلب منهم التوقيع على جزء من ورقة الرسم بأسمائهم مع عبارة تشير إلى أنهم يوافقون على إسم المجموعة " أنا أدعم نفسي وأسرتي" وعلى هذا الشعار. يمكنهم مجرد كتابة الاسم الأول ورسم صورة صغيرة مثل وجه مبتسم.

4. الحديث عن قواعد المجموعة. (5 دقائق).

أ- ما هو نوع القواعد التي ترغب في إتباعها لمجموعتنا؟
ب- السماح لهم بأن يشكلوا القواعد؛ كتابتها على ورقة الرسم.
ت- عمل ملصقات خاصة عن "لماذا أنا هنا" أو حسب الرغبة كهدايا.

5. النشاط لكسرِ الجمود: لعبة السحبة للرقم (٧ دقائق).

أ- الكتابة على مربعات صغيرة من الورق المقوى عدد **من الأشياء المفضلة**، مثل قصة مشهورة، وطعام معين، برنامج تلفزيوني، يوم من أيام الأسبوع ، اللون، أو أهلي– صديقاتي واعطائها أرقام متسلسلة تتطابق مع أرقام المشاركين.
ب- الرقم الذي يُسحبْ يُطلب من صاحبه الإجابة، على سبيل المثال، إذا كنت لفة 1، يقول لنا الطعام المفضلة لديك.
ت- هذه طريقة جيدة للقائد لمعرفة المزيد عن المشاركين مع الطلب من البعض التحدث عن ملصقاتهم وما كتبوا عليها.

6. توضيح أهداف البرنامج وتوقعات المشاركين (٧ دقائق).

أ- مناقشة الأهداف الفردية والخاصة بالمجموعة والاستماع للتوقعات وتوزيع مضمون محتويات البرنامج على المشاركين.

ب- التلخيص لما دار في الجلسة والتذكير بموضوع الجلسة القادمة "التفكير والشعور والسلوك" وبالواجب البيتي (رقم ١) للمرة القادمة بحيث تسجل كل مشاركة حدثاً دار في حياتها داخل الأسرة حسب النموذج المرفق مع إعطاء أمثلة.

11. إنهاء الجلسة مع المجموعة في طقوس معينه مثل (مصافحة المجموعة وتبادل الملصقات). (1 دقيقة).

نموذج الواجب البيتي (١)	
أشياء أتمنى أن تتغير أو تتحسن في نهاية البرنامج(رفع الدافعية)-١	
رسم أشياء أريد تغييرها في مشاعري	كيفَ؟
١.	
٢.	
٣.	
رسم أشياء أريد تغييرها في أفكاري	كيفَ؟
رسم أشياء أريد تغييرها في سلوكي	كيفَ؟

القواعد الإجرائية يَجِبُ أَنْ تَتضمّنَ:

- المحافظة على والإبْقاء على السريّةِ (الذي يُقالُ هنا يبقى مزروعاً هنا).
- الإستِماع إلى كُلّ شخص وإحترام كُلّ شخصِ.
- لا يُقاطعُ الآخرين وهم يَتكلّمونَ.
- كُلّ شخص عِنْدَهُ الحق في إرجاءِ الكشف عن الذات¨ إذا لم يكن بعد مستعداً للإشتِراك في الشيءِ (بالرغم من أن الكُلّ يُشجّعونَ على المُشَارَكَة لضمان الفائدة من خبرة المجموعة).
- عند العَمَل مع المجموعةِ لتَأسيس القواعد الإجرائيةِ، يَجِبُ أَنْ تَتأكّدَ قائدة المجموعة مما يلي:

تقترحُ إضافةَ القواعد الإجرائيةِ المهمةِ إلى القائمةِ التي وضعها المشاركون حسب الحاجة.
تؤكد أهميةَ السريّةِ، تُشبّهُها بمجموعة الأصدقاء السريين.
تراجع الإستثناءات النادرةِ إلى السريّةِ (خطر التسبب في الأذى إلى المشاركِ أو الآخرين).

ملاحظةْ إلى قائدة المجموعة: من المهمُ جداً مُنَاقَشَة الإستثناءاتِ إلى السريّةِ مَع المشاركين في الجلسةِ الأولى للمجموعةِ. أنت يَجِبُ أَنْ تجعل المشاركين يشعرون بأنَك ملتزم جداً بالسريّةِ كمرشد، لَكنَّك تَحتاجُ لأن تجعلهم يعْرِفون أنه في حالة حدوث موقف نادر التي فيها تَعرف بأنّ شخص ما أصبح معرضاً بجدية لخطرِ الإصابة بأذى، أنت قَدْ تُلزَمُ كمختص محترف للإشتِراك في المعلوماتِ خارج المجموعةِ لضمان حمايتِهم وأمانِهم. أكّدْ لهم بأنّك لا تَتوقّعُ وقوع حالة من مثل هذه أن تحدَث، لكنك تُريدُهم أَنْ يَعْرفوا بأَنَّ هذا الإستثناءِ إلى السريّةِ موجود في مهنة الإرشاد النفسي.

َتوصّلُ إلى إتفاقيةِ موافقة (بالتوقيع على شجرة القواعد) بين كُلّ المشاركين الذي يَشْعرونَ بأنّهم قادرون على الإلتِزام بالقواعد الإجرائيةَ التي وضعتَ سوية.

احتفظ بالقواعد الإجرائيةِ المُتَّفَق والموافق عليها مرئية على لوح الفليب تشارت في الغرفةِ حيث تَجتمعُ المجموعة، وارجع إليهم حسب الحاجة في جلساتِكَ المستقبليةِ.

الجلسة الثانية (Session (2

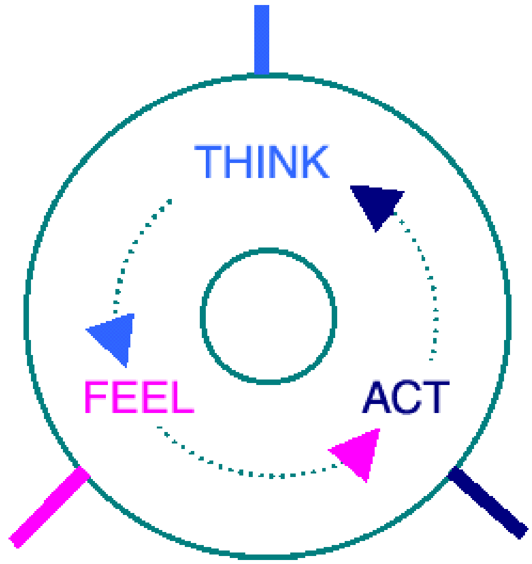
اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(٢)	الثلاثاء١٤/١/٢٠١٤	٩-١٠	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	التفكير والشعور والسلوك

الأهداف

١. تعلم التمييز بين الأفكار والمشاعر المشاعر والأعمال.
٢. التعلم عن الأسئلة العملية.
٣. مراجعة الواجب البيتي.

المواد

١. ورق للرسم.
٢. مربعات صغيرة من الورق المقوى.
٣. أقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.
٤. لوح ورقي فليب تشارت.
5. مقياس تقييم من 1 إلى ٨، ما هو شعورك لهذا اليوم؟
٦. ماء ومرطبات وأطعمة خفيفة (بسكوت).
٧. نشاطِ كسرِ الجمود (Icebreaker).
٨. نموذج الواجب البيتي (٢). التفكير ، المشاعر، السلوك..
9. ملصق المشاعر.
10. ورق العمل والأمثلة وأقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.
11. إدارة عجلة التفكير في الدماغ.



الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يَطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

نشاط الافتتاح:

- ✓ التحقق من المشاعر بالإشارة إلى **شعورك اليوم** على ملصق المشاعر. (4 دقائق).
- ✓ التحقق من: اسألهم كيف تسير أمور الأحوالِ الصحية مع الأم؟ (5 دقائق).
- ✓ معالجة القضايا المتبقية من الجلسة السابقة: راجع القواعد والقوانين مع المشاركات (الواجب البيتي). (3 دقائق).
- ✓ الحديث عن التفكير، والشعور والمشاعر والسلوك (Smead, 1995) (17 دقيقة).

2. التجربة الشخصية عن المرض وتأثيراته (من خلالِ مراجعة الواجب البيتي ١)، الانتقال والمرورِ عبر ورق العمل والأمثلة (Smead, 1995).

3. المهمة التي سيقومون بها هي جعل ملصق المجموعة يُظهر التفكير والشعور والمشاعر والسلوك أو ما يفعلونه. هذا الملصق لا بد أن يكون موضوعاً مشتركاً.

4. يجب أن يتفق الأطفال حول هذا الموضوع. ويجب على الجميع المشاركة في الرسم.

5.إدخال مفهوم **الأسئلة العملية** (Smead, 1995) (انظر الملحق[1]). ينبغي إعطاء كل مشارك فرصة للإجابة على واحدٍ من الأسئلة بالدورِ تباعاً على مدارِ الجلساتِ. وجعلهم يتناوبون في القراءة الأسبوعية للأسئلة أمامَ المجموعة. ويمكن كتابة هذه الأسئلة وحفظها في ورقة بلاستيكية مغلفة للاستخدام لمدة أطول (5 دقائق).

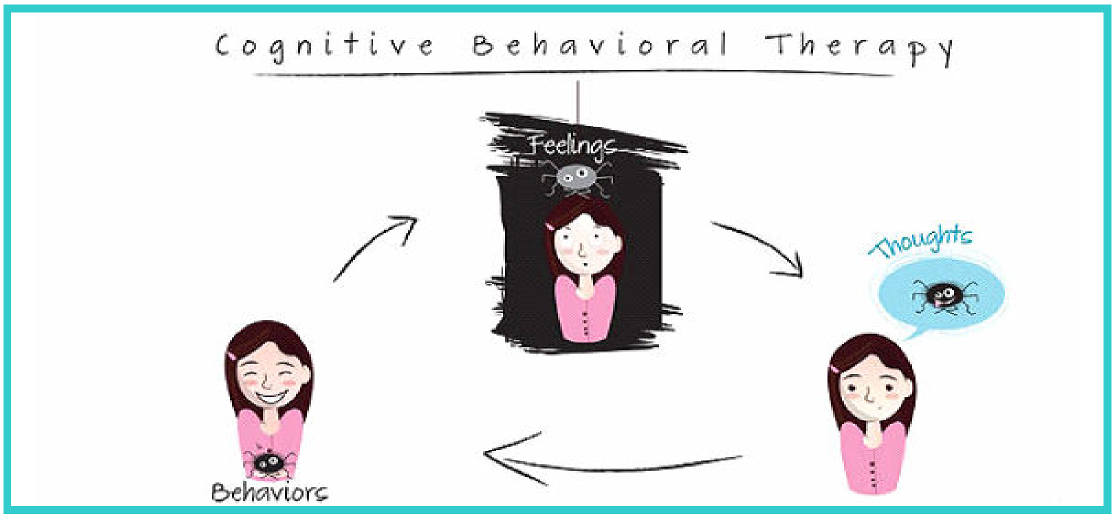
6. تقوم المرشدة بقراءة الأسئلة العملية 3، 5، و6 (Smead, 1995).

٧.التلخيص لما دار في الجلسة والتذكير بموضوع الجلسة القادمة " الارتباط بالآخرين[1]" وبالواجب البيتي (رقم ٢) للمرة القادمة بحيث تسجل كل مشاركة حدثاً دار في حياتها داخل الأسرة حسب النموذج المرفق مع إعطاء أمثلة.

٨.إنهاء الجلسة مع المجموعة في طقوس معينه مثل (مصافحة المجموعة وتبادل الملصقات). (1 دقيقة).

الملحق١: أمثلة على الأسئلةِ العمليةِ المستمدة مِنْ كتاب المهاراتِ والتكنيكاتِ للعمل الجمعى مَع الأطفالِ والمُراهقين (Smead, 1995, pp. 163-164)
١. كَيفَ تَشْعُرْ الآن مقَارنَة ببِداية المجموعةِ؟

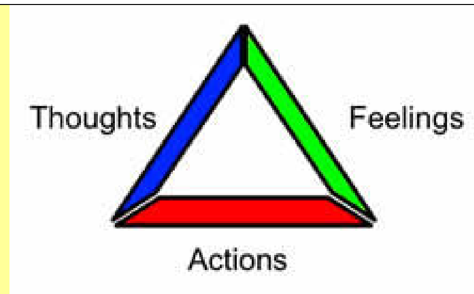
٢. ما الذي فَاجأك حول المجموعةِ اليوم؟
٣. بماذا كنت تفكر بينما كُنْتَ تَنتظرُ أن تَشاركُ في نشاط المجموعة؟
٤. كيفَ يبدو الأمر لَك بأن تكُونَ عضو مجموعةٍ؟
٥. ما الذي لاحظتَ أن أعضاء المجموعةِ الآخرينِ قد عَملوه؟ ما هي السلوكات التي استرعت انتباهك؟
٦. بماذا كنت تَشْعرُ بينما كُنْتَ تَنتظرُ أن تَشاركُ في نشاط المجموعة؟
٧. ما هي الأفكار أو الأشياء الجديدة التي تَعلّمتَها مِنْ المجموعةِ اليوم؟
٨. كيف كان الأمر بالنسبة لَك لإشراك الآخرين حول __________ في المجموعةِ اليوم؟
٩. ما الذي يُزعجُك أو يَسرُّك حول المجموعةِ اليوم؟
١٠. كَيْفَ يمكنك أن تُطبّقُ ما تَتعلّمُه في المجموعةِ؟
(Process Questions From Skills and Techniques for Group Work With Children and Adolescents, (Smead, 1995, pp. 163-164)



توجد ثلاث وظائف رئيسيةِ للعقلِ

الإدراك (التفكير)، عاطفة (الشعور)، والسلوك (العمل) يُمْكِنُ أَنْ تُمثّلَ كعجلة بثلاثة مَقابضِ. وتكون هذه الوظائف الثلاثة مِنْ وظائفِ العقلِ عادة متّسقة مع بعضها البعض. على سبيل المثال، التفكير الإيجابي "أمي مهمُة بالنسبة لي" قَدْ يَستدعى عاطفةَ إيجابيةَ ملائمةَ مِنْ المودّةِ، وقَدْ يُؤدّي إلى سلوكِ حنونِ ومحبٍّ. وتدورُ عجلة عقلنا في إتّجاهَ واحد بدون مقاومةِ.عندما يكون لدينا صراع داخلي، نحن قَدْ نَجِدُ صعوبة في "الشُعُور" طبقاً للذي نَفكرُ به. في تلك الحالاتِ، نحن قَدْ "نَتصرّفُ" طبقاً لـ"أفكارنا"، بالرغم من أن مشاعرنا لا تَأتي عقبَ ذلكَ عفوياً تلقائياً. وهذه تقارن بقائد السفينة، الذي يَستعملُ يديه الإثنتين في إثنان مِنْ الثلاثة مِنْ مَقابضِ العقلِ واحدة على "الفكرِ"، والأخرى على "العملِ"

اللذين يَدُورانَ العجلةَ بقوة، بينما "الشعور" قَدْ يُسبّبُ المقاومةَ، إلى أن تعود السفينةِ بأكملها إلى الإتّجاهَ المطلوب، وتتوقف المقاومةَ. عندما تكون الصراعات الداخلية حادّة وأو غير معترف بها، فإنَ القائد قَدْ يجدُ صعوبةَ في الإبْقاء على مسيرة ثابتة للسفينةِ، نظراً لأنَ دولاب القيادة قَدْ يَمِيلُ إلى الإنزلاق خارج سَيْطَرَةَ الأيدي الممسكة به. عندما يُصبحُ العقلُ مُكْتَئباً، تخْرجُ عجلةُ العقلَ عن السيطرة، وتَدُورُ فقط في الإتّجاهِ السلبي، مصحوبة بالأفكارِ، والمشاعر، والأفعال التي تتحرك بثبات مَع بعضها البعض في الإتّجاهِ السلبيِ، لكن خارج سيطرةَ القائد.



نموذج الواجب البيتي (2)

اليوم والتاريخ والساعة	الحدث	الأفكار	المشاعر	السلوك

الجلسة الثالثة (Session (3

اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(3)	الخميس١٦/١/٢٠١٤	٩–١٠	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	الارتباط بالآخرين[١]

الأهداف

1. التدرّب على مُمَارَسَة الارتباط (Smead, 1995).
٢. مراجعة الواجب البيتي وتقديم تعليقات من الأعضاء (التجربة الشخصية عن المرض وتأثيراته).
3. البَدْء بتَمييزِ النواحي المشتركة مَع أعضاء المجموعةِ الآخرين.

المواد

١. ورق للرسم.
٢. مربعات صغيرة من الورق المقوى.
٣. أقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.
٤. لوح ورقي فليب تشارت.
5. مقياس تقييم من 1 إلى ٨، ما هو شعورك لهذا اليوم؟
٦. ماء ومرطبات وأطعمة خفيفة (بسكوت).
٧. نشاطِ كسرِ الجمود (Icebreaker).
٨. نموذج الواجب البيتي (٣). كيف أتعامل مع أمي، أبي، أخواتي؟.
9. ملصق المشاعر.
10. ورق العمل والأمثلة وأقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.

الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يَطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

نشاط الافتتاح:

✓ فحص وتدقيق المشاعر. (4 دقائقِ) اطمئن على صحة الأم مجدداً. (3 دقائقِ).

- ✓ معالجة القضايا المتبقية من الجلسات السابقة: راجع القواعد والقوانين مع المشاركات (الواجب البيتي). (3 دقائق).
- ✓ خاص بمعالجْة قضايا الجلسة السابقة: اعملْ على الملصقِ. (7 دقائقِ).

نشاط شبكةِ العنكبوت (10 دقائق).

1. يَقِفُ الأطفالُ في دائرةِ ويَمررونَ خيطاً من (الكلام عن الذات) يدورُ حولهم بينما يُخبرونَ شيئاً عن أنفسهم، مثل كنتُ غاضباً عندما....، وهكذا. ثمّ الطالبة تمرُره إلى الطالبة الأخرى التي ترتبطُ به بينما يَتمسّك الآخرون بحملِ الجزء الخاصِ بهم مِنْ الخيط.



ويُظهرُ هذا النشاطِ الإرتِباط بالطَلَب مِنْ الأطفال القَول " ارتبطتُ بك [اسم المشاركة]، عندما قُلتَ. . . " (Smead, 1995, p. 129).

2. في النهاية، تصميم شبكةِ العنكبوت يكون قد تحققَ، والمشاركة يُمْكِنُ أَنْ ترى بأنّ أعضاء المجموعةَ مُرتَبِطون عاطفياً وجسدياً. توجه أسئلة العمليات 2، 3، و5 (5 دقائق).

٣. عرض خبرات خاصة داخل الأسرة لكل مشاركة في موقف تعاملت به مع أحد أفراد الأسرة (بطريقة مناسبة، غير مناسبة) والحصول على تعليقات من أفراد المجموعة، بعد توزيع المجموعة إلى ثلاثة مجموعات صغيرة.

٤. التلخيص لما دار في الجلسة والتذكير بموضوع الجلسة القادمة " الارتباط بالآخرين[٢]" وبالواجب البيتي (رقم ٣) للمرة القادمة بحيث تسجل كل مشاركة حدثاً دار في حياتها داخل الأسرة يتعلق بما تم تعلمه داخل الجلسة حسب النموذج المرفق مع إعطاء أمثلة.

٥. إنهاء الجلسة مع المجموعة في طقوس معينه مثل (مصافحة المجموعة وتبادل الملصقات). (1 دقيقة).

الجلسة الرابعة (Session (4

اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(4)	الأحد ٢٠١٤/١/١٩	٩-٩:٤٥	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	الارتباط بالآخرين[٢]

تكملة للجلسة السابقة

الأهداف

1. التدرّب على مُمَارَسَة الارتباط (Smead, 1995).
2. للبَدْء بتَمييزِ النواحي المشتركة مَع أعضاء المجموعةِ الآخرينِ.
3. مراجعة الواجب البيتي.

المواد

١. ورق للرسم.
٢. مربعات صغيرة من الورق المقوى.
٣. أقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.
٤. لوح ورقي فليب تشارت.
5. مقياس تقييم من 1 إلى ٨، ما هو شعورك لهذا اليوم؟
٦. ماء ومرطبات وأطعمة خفيفة (بسكوت).

٧. نشاطِ كسرِ الجمود (Icebreaker).
٨. نموذج الواجب البيتي (٤). كيف أتعامل مع أمي، أبي، أخواتي؟.
9. ملصق المشاعر.
10. ورق العمل والأمثلة وأقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.

الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يُطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

نشاط الافتتاح:

- ✓ فحص وتدقيق المشاعر. (4 دقائقِ) اطمئن على صحة الأم مجدداً. (3 دقائقِ).
- ✓ معالجة القضايا المتبقية من الجلسات السابقة: راجع القواعد والقوانين مع المشاركات (الواجب البيتي). (3 دقائق).
- ✓ خاص بمعالجْة قضايا الجلسةَ السابقة الأخيرةً: اعملْ على الملصقِ. (7 دقائقِ).

نشاط شبكةِ العنكبوت (10 دقائقِ).

١. يَقِفُ الأطفالُ في دائرة ويَمررونَ خيطاً من (الكلام عن الذات والأسرة) يدورُ حولهم بينما يُخبرونَ شيئاً عن أنفسهم، مثل كنتُ غاضباً عندما....، وهكذا. ثمّ الطالبة تمرُره إلى الطالبة الأخرى التي ترتبطُ به بينما يَتمسّك الآخرون بحملِ الجزء الخاصِ بهم مِنْ الخيط. ويُظهِرُ هذا النشاطِ الإرتِباط بالطَلَب مِنْ المشاركين القَول " ارتبطتُ بك [اسم المشاركةِ]، عندما قُلتَ. . . " (Smead, 1995, p. 129).



2. في النهاية، تصميم شبكةِ العنكبوت يكون قد تحققَ، والمشاركة يُمْكِنُ أَنْ ترى بأنّ أعضاء المجموعةَ مُرتَبِطون عاطفياً وجسدياً. توجه أسئلة العمليات 2، 3، و5 (5 دقائقِ).

٣. عرض خبرات خاصة داخل الأسرة لكل مشاركة في موقف تعاملت به مع أحد أفراد الأسرة (بطريقة مناسبة، غير مناسبة) والحصول على تعليقات من أفراد المجموعة، بعد توزيع المجموعة إلى ثلاثة مجموعات صغيرة.

٤. التلخيص لما دار في الجلسة والتذكير بموضوع الجلسة القادمة " التعرف على المشاعر[١]" وبالواجب البيتي (رقم ٤) للمرة القادمة بحيث تسجل كل مشاركة حدثاً دار في حياتها داخل الأسرة يتعلق بما تم تعلمه داخل الجلسة حسب النموذج المرفق مع إعطاء أمثلة.

٥. إنهاء الجلسة مع المجموعة في طقوس معينه مثل (مصافحة المجموعة وتبادل الملصقات). (1 دقيقة).

الجلسة الخامسة (Session (5

اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(5)	الثلاثاء٢٠١٤/١/٢١	٩-٩:٥٠	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	المشاعر[١]

الأهداف

١. تَمييز المشاعرِ.
٢. تَطوير " مفردات وعبارات تصف المشاعرِ."
٣. تَعَلّم مهاراتِ للتعامل مع المشاعر وتَحَمُّلها.

المواد

٤. ورق للرسم.
٥. مربعات صغيرة من الورق المقوى.
٦. أقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.
٧. لوح ورقي فليب تشارت.
8. مقياس تقييم من 1 إلى ٨، ما هو شعورك لهذا اليوم؟
٩. ماء ومرطبات وأطعمة خفيفة (بسكوت).
١٠. نشاطِ كسرِ الجمود (Icebreaker).
١١. نموذج الواجب البيتي (٥). كيف أتعرّف على مشاعري... أتحدث على مشاعري؟.
12. ملصق المشاعر.
13. ورق العمل والأمثلة وأقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.

الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يَُطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

نشاط الافتتاح:

- ✓ التحقق من المشاعر بالإشارة إلى **شعورك اليوم** على ملصق المشاعر. (4 دقائق).
- ✓ التحقق من: اسألهم كيف تسير أمور الأحوالِ الصحية مع الأم؟ (5 دقائق).
- ✓ معالجة القضايا المتبقية من الجلسة السابقة: راجع القواعد والقوانين مع المشاركات (الواجب البيتي). (3 دقائق).
- ✓ خاص بمعالجْة قضايا الجلسةً السابقة الأخيرةَّ: اعملْ على الملصقِ. (7 دقائق).
- ✓ نشاط للألفة. (15 دقيقة) 1. عدّلْ لعبةَ الذهابِ للصيدِ بكتابة كلماتِ المشاعرِالحسّاسةِ الأساسيةِ على جوانبِ المراكبِ، مثل خائفِ وحزينِ وسعيدِ وغاضبِ (Stanko & Taub, 2002).

٢. إستعمل مخطط المشاعرِ (Smead, 1995) لِكتابَة كلماتِ المشاعرِ الحسّاسةِ التي تقابلُ المشاعرَ الأساسيةَ على الأسماكِ المُجَارية المتطابقة (Matching fishes) .

3. الأطفال يَتناوبونَ في أخذِ الدورِ " الذِهاب للصيد السمك" عندما تُلتَقَط السمكة، الطفل يَقُولُ " أَشْعرُ ______ عندما _____ ". وعلى سبيل المثال، إذا السمكَة التي التقطها قالَت أنا عصبية ومتوترة اليوم، الطفل قَدْ يَقُولُ " أَبْدو عصبياً عندما تَذْهبُ أُمّي إلى المستشفى".

٤. تعتبر هذه اللعبةِ طريقة جيدة لتَعَلّم كلماتِ المشاعر الحسّاسةِ الجديدةِ، والتدرّب على ممارسةِ المشاركة مع الآخرين، أخذ الدور والتَنَاوُب، الإستماع، وإظْهار والتعبيرِ عن المشاعرِ. وأيضاً، مهارات التعامل (Coping skills) مع هذه المشاعرِ يُمْكِنُ أَنْ تُناقشَ. وعلى سبيل المثال، عندما تَبْدو غاضباً، ماذا تعمل؟

٥. طرح أسئلة العمليات(Smead, 1995) ٩، ٣، ٥، و١٠ (٥ دقائق).

٦. التلخيص لما دار في الجلسة والتذكير بموضوع الجلسة القادمة " التعرف على المشاعر[١]" وبالواجب البيتي (رقم ٥) للمرة القادمة بحيث تسجل كل مشاركة حدثاً دار في حياتها داخل الأسرة يتعلق بما تم تعلمه داخل الجلسة حسب النموذج المرفق مع إعطاء أمثلة.

٧. إنهاء الجلسة مع المجموعة في طقوس معينه مثل (مصافحة المجموعة وتبادل الملصقات). (1 دقيقة).

الجلسة السادسة (Session (6

اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(6)	الخميس/٢٣/2014/1	٩-١٠	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	المشاعر[٢]

مستمرة من الجلسة السابقة (مكمّلة)

الأهداف

١. تَمييز المشاعرِ.
٢. تَطوير " مفردات وعبارات تصف المشاعرِ."
٣. تَعَلّم مهاراتِ للتعامل مع المشاعر وتَحَمُّلها.

المواد

٤. ورق للرسم.
٥. مربعات صغيرة من الورق المقوى.
٦. أقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.
٧. لوح ورقي فليب تشارت.
8. مقياس تقييم من 1 إلى ٨، ما هو شعورك لهذا اليوم؟
٩. ماء ومرطبات وأطعمة خفيفة (بسكوت).
١٠. نشاطِ كسرِ الجمود (Icebreaker).
١١. نموذج الواجب البيتي (٦). كيف أتعامل مع مشاعري؟.
12. ملصق المشاعر.
13. ورق العمل والأمثلة وأقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.

الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يَ ُطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

نشاط الافتتاح:

- ✓ التحقق من المشاعر بالإشارة إلى **شعورك اليوم** على ملصق المشاعر. (4 دقائق).
- ✓ التحقق من: اسألهم كيف تسير أمور الأحوالِ الصحية مع الأم؟ (5 دقائق).
- ✓ معالجة القضايا المتبقية من الجلسة السابقة: راجع القواعد والقوانين مع المشاركات (الواجب البيتي). (3 دقائق).

- ✓ خاص بمعالجْة قضايا الجلسةً السابقة الأخيرةً: الواجب البيتي والعملْ على الملصقِ. (7 دقائقِ).
- ✓ نشاط لزيادة الألفة. (15 دقيقة) 1. عدّلْ لعبةَ الذهابِ للصيدِ بكتابة كلماتِ المشاعرِالحسّاسةِ الأساسيةِ على جوانبِ المراكبِ، مثل خائفِ وحزينِ وسعيدِ وغاضبِ (Stanko & Taub, 2002).

٢. إستعمل مخطط المشاعرِ (Smead, 1995) لكِتابَة كلماتِ المشاعرِ الحسّاسةِ التي تقابلُ المشاعرَ الأساسيةَ على الأسماكِ المُجَارية المتطابقة (Matching fishes) .

3. الأطفال يَتناوبونَ في أخذِ الدورِ " الذِهاب للصيد السمك" عندما تُلتَقَط السمكة، المشاركة تَقُولُ " أَشْعرُ ______ عندما _____ ". وعلى سبيل المثال، إذا السمكَة التي التقطها قالَت أنا عصبية ومتوترة اليوم، المشاركة قَدْ تقُولُ " أَبْدو عصبية عندما تغيب أمي عن نظري.... عندما تَذْهبُ أمَّي إلى المستشفى".

٤. تعتبر هذه اللعبةِ طريقة جيدة لتَعَلّم كلماتِ المشاعر الحسّاسةِ الجديدةِ، والتدرّب على ممارسةِ المشاركة مع الآخرين، أخذ الدور والتَنَاوُب، الإستماع، وإظْهار والتعبيرِ عن المشاعرِ. وأيضاً، مهارات التعامل (Coping skills) مع هذه المشاعرِ يُمْكِنُ أَنْ تُناقشَ. وعلى سبيل المثال، عندما تَبْدو غاضباً، ماذا تعمل؟ وهو الواجب البيتي (٦) كيف أتعامل مع مشاعري.

٥. طرح أسئلة العمليات (Smead, 1995) ٩، ٣، ٥، و١٠ (٥ دقائقِ).

6. إنهاء الجلسة مع المجموعة في طقوس معينه مثل (مصافحة المجموعة والملصقات). (1 دقيقة).

الجلسة السابعة (Session (7

اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(7)	الأحد ٢٠١٤/١/٢٦	٩-١٠	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	المستشفى والمرض الوالدي

الأهداف

١. تَعَلّم بعض الحقائقِ الطبية والعلمية حول المرض الوالدي.

المواد

١. ورق للرسم.
٢. مربعات صغيرة من الورق المقوى.
٣. أقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.
٤. لوح ورقي فليب تشارت.
5. مقياس تقييم من 1 إلى ٨، ما هو شعورك لهذا اليوم؟
٦. ماء ومرطبات وأطعمة خفيفة (بسكوت).
٧. نشاطِ كسرِ الجمود (Icebreaker).
٨. نشرة وعرض بور بوينت عن الأمراض المزمنة.
٩. نموذج الواجب البيتي (٧). معتقداتي عن المرض؟.
١٠. ملصق المشاعر.
١١. ورق العمل والأمثلة وأقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.
١٢.طبيبة (المتحدث الزائر)

الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يَُطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

نشاط الافتتاح:

- ✓ التحقق من المشاعر بالإشارة إلى **شعورك اليوم** على ملصق المشاعر. (4 دقائق).
- ✓ التحقق من: اسألهم كيف تسير أمور الأحوالِ الصحية مع الأم؟ (5 دقائق).
- ✓ معالجة القضايا المتبقية من الجلسة السابقة: راجع القواعد والقوانين مع المشاركات (الواجب البيتي). (3 دقائق).
- ✓ خاص بمعالجْة قضايا الجلسةً السابقة الأخيرةً: اعملْ على الملصقِ. (7 دقائقِ).

٢. تناقش الأخصائية الزائرة موضوع الأمراض المزمنة ومستعينة بعرض بوربوينت ويفتح الباب للأسئلة.

التوضيح عن مسببات الأمراض المزمنة وعن الطبيعة الفسيولوجية للجسم والأجسام المضادة الأمراض المزمنة أمراض تدوم فترات طويلة وتتطوّر بصورةٍ بطيئة عموماً. وتنقسم هذه الأمراض إلى أنماط رئيسية أربعة هي الأمراض القلبية الوعائية (مثل النوبات القلبية والسكتة الدماغية) والسرطانات، والأمراض التنفسية المزمنة (مثل مرض الرئة الانسدادي المزمن والربو) والسكري. **يتضمن الشرح** عن أنواع الأمراض المزمنة وعلاجاتها المستخدمة والآثار النفسية على الأم نتيجة تلك الأمراض ويمكن للمشاركات التحدث عن الذهاب إلى المستشفى ومشاعرهن عن كونها في المستشفى.

٣. تسرد المرشدة النِصْف الأول من قصة "عندما كافحتْ أمَّ هدى مع مرضها الخطير (9 دقائقِ).

١. تناقشْ الصورَ والمواضيعَ المقدّمة في القصة.

٢. يُمْكِنُ للمرشدة أَنْ تَتوقّفَ بعد كُلّ صفحة وتُناقشُ ما حَدثَ حتى الآن. وعلى سبيل المثال، على صفحة الغلاف توجد صورة لهدَى مَع أمِّها التي تَلْبسُ عمامة حول رأسها للدلالة على مرض السرطان، وصورة أخرى في غرفة غسيل الكلى.....

٣. ويُمْكِنُ للمشاركات أنْ يُناقشن مَا إذا كانَت أمهم قد بدأت تفْقد شَعرَها وما أنواعَ الأشياء التي أصبحت تضعها على رأسها وتلبسها على رأسِها داخلِ المنزلِ. ويَتحدّثُ الكتابُ عن ذِهاب الأم للمستشفى أيضاً. ويُمْكِنُ للمشاركاتِ أَنْ يَتحدّثنَ عن موضوع ذِهاب الأم إلى المستشفى (خاصة غسيل الكلى) وعن مشاعرِهن حول أنْ يَكُنَ مع أمهاتهن في المستشفى أو بقائهنَ في البيتِ (مع فتح المجال لنماذج أخرى من أمراضِ الأمهات).

٤. تبدأُ المرشدة بتطويرِ كتاب للأطفالِ سَتُعيدُه لهم في الجلسةِ الأخيرةِ. وتستعملْ الصفحتين الأوليتينَ مِنْ شخص ما أَحبُّه كثيراً مريض يتألم وتجعل كل مشاركة تكْتبُ اسمَها وتضع صورةِ لها مع الأم (اختياري لكن يجب وضع صورة خاصة بالمشاركة) على صفحةِ الغلاف الخاص بكتابها الذي تقوم بتأليفه (Deaton, 1994). وأن **تَرْسمُ صورةً عن كيفَ تَشْعر اليوم** (Deaton, 1994). علماً أنَ العديد مِنْ الصفحاتِ تعتبر ذات علاقة بمرضِ الأم، خصوصاً تلك التي تَتعلّقُ بالمشاعرِ والتغييراتِ (Deaton, 1994, pp 1-4) (٨ دقائقِ).

٥. طرح أسئلة العمليات (Smead, 1995) ١، ٤، و٧ (٥ دقائقِ).

6. تلخيص ما تم في الجلسة وتقديم الواجب البيتي (٧) معتقداتي عن المرض (قبل وبعد).

٧. إنهاء الجلسة مع المجموعة في طقوس معينه مثل (مصافحة المجموعة والملصقات). (1 دقيقة).

الجلسة الثامنة (Session (8

اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(٨)	الثلاثاء٢٠١٤/١/٢٨	٩-١٠	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	التغييرات في المنزل[١]

الأهداف

١. مُنَاقَشَة التغييراتِ في العائلةِ التي حَدثتْ بسبب مرض الأمِ.

٢. اكتشاف القضايا المشتركة مَع أعضاء المجموعةِ الآخرين.

المواد

٣. ورق للرسم.
٤. مربعات صغيرة من الورق المقوى.
٥. لوح ورقي فليب تشارت.
6. مقياس تقييم من 1 إلى ٨، ما هو شعورك لهذا اليوم؟
٧. ماء ومرطبات وأطعمة خفيفة (بسكوت).
٨. نشاطِ كسرِ الجمود (Icebreaker).
٩. نموذج الواجب البيتي (٨). ماذا حدثَ في بيتنا؟.
10. ملصق المشاعر.
11. ورق العمل والأمثلة وأقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.

الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يَطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

نشاط الافتتاح:

- ✓ التحقق من المشاعر بالإشارة إلى **شعورك اليوم** على ملصق المشاعر. (4 دقائق).
- ✓ التحقق من: اسألهم كيف تسير أمور الأحوالِ الصحية مع الأم؟. (5 دقائق)
- ✓ معالجة القضايا المتبقية من الجلسات السابقة: راجع القواعد والقوانين مع المشاركات (الواجب البيتي). (3 دقائق).
- ✓ خاص بمعالجْة قضايا الجلسةً السابقة الأخيرةً: اعملْ على الملصقِ. (7 دقائقِ).
- ✓ نشاط للألفة. (15 دقيقة) (يُعد مسبقاً) (Smead, 1995).

٢. تروي المرشدة النصف الآخرَ من قصة "عندما كافحتْ أمَّ هدى المرض (١٧ دقيقِة).
3. ناقشْ مواضيع الصفحاتَ مع المشاركات.
٤. تطلب منهن أن يقمن برسمْ صورةٍ لعائلتِهن (مواد تُضاف للكتاب الخاص بهن).
٥. وتطلب منهن أن يقمن برسمْ صورةٍ توضّح التغيّرات التي حدثت في العائلة، ....الأشياء التي كنت تَعمَلُها سابقاً وتوقفت عنها وأيضاً...............الأشياء الجديدة التي أصبحت تقوم بها.
٦. طرح أسئلة العمليات(Smead, 1995) ١، ٤، و٧ (٥ دقائقِ).
٧. مراجعة وتلخيص وتقديم الواجب البيتي (8). **ماذا حدثَ في بيتنا؟**.
8. إنهاء الجلسة مع المجموعة في طقوس معينه مثل (مصافحة المجموعة والملصقات). (1 دقيقة).

الجلسة التاسعة (Session (9

اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(9)	الخميس٢٠١٤/١/٣٠	٩–١٠	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	التغييرات في المنزل[٢]

مستمرة من الجلسة السابقة (مكمّلة)

الأهداف

١. مُنَاقَشَة التغييراتِ في العائلةِ التي حَدثتْ بسبب مرض الأمِ. .
٢. اكتشاف القضايا المشتركة مَع أعضاء المجموعةِ الآخرين.
٣. مُنَاقَشَة التغييراتِ في تجاربِ الطفلَ بسبب سرطانِ الوالدَ.
٤. مُنَاقَشَة المشاعرِ حول هذه التغييراتِ.

المواد

٥. ورق للرسم.

٦. مربعات صغيرة من الورق المقوى.

٧. لوح ورقي فليب تشارت.

8. مقياس تقييم من 1 إلى ٨، ما هو شعورك لهذا اليوم؟

٩. ماء ومرطبات وأطعمة خفيفة (بسكوت).

١٠. نشاطِ كسرِ الجمود (Icebreaker).

١١. نموذج الواجب البيتي (٩). ماذا حدثَ في بيتنا[٢]؟.

12. ملصق المشاعر.

13. ورق العمل والأمثلة وأقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.

الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يَُطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

نشاط الافتتاح:

- ✓ التحقق من المشاعر بالإشارة إلى **شعورك اليوم** على ملصق المشاعر. (4 دقائق).
- ✓ التحقق من: اسألهم كيف تسير أمور الأحوالِ الصحية مع الأم؟. (5 دقائق)
- ✓ معالجة القضايا المتبقية من الجلسة السابقة: راجع القواعد والقوانين مع المشاركات (الواجب البيتي). (3 دقائق).
- ✓ خاص بمعالجْة قضايا الجلسة السابقة الأخيرة: اعملْ على الملصقِ والكتابِ. (7 دقائقِ).
- ✓ نشاط للألفة. (15 دقيقة) (يُعد مسبقاً) (Smead, 1995).
- ✓ مناقشُة قربِ إنتهاء الجلسات. (دقيقتان).

٢. تروي المرشدة قصة بعنوان "هَلْ أنت مُتعِب ثانيةً؟ أنا أَفْهمُ عليك" (Deutsch, 1998) (٨دقائقِ).

3. ناقشْ مواضيع الصفحاتَ مع المشاركات.

٤. ١. تحدّثْ عن موضوع "عندما تكُونُ الأم مُتعِبة.

٥. التغييرات. اطلب منهن أن يقمن برسمْ صورةٍ توضّح الأشياءِ التي تَتمنّى المشاركة أن يُمْكِنُها أَنْ تعملها لكنها لا تَستطيعُ منذ أن أصبحت الأمُ مريضةً. (٧ دقائقِ). (مواد تُضاف للكتاب الخاص بهن). الواجب البيتي (9). ماذا حدثَ في بيتنا[٢]؟.

٦. طرح أسئلة العمليات(Smead, 1995) ٦، ٨، و٥ (٥ دقائقِ).

7. إنهاء الجلسة مع المجموعة في طقوس معينه مثل (مصافحة المجموعة والملصقات). (1 دقيقة).

الجلسة العاشرة (Session (10

اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(10) و(١١)	الأحد ٢/٢/٢٠١٤ الثلاثاء٤/٢/٢٠١٤	٩-١٠	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	المواجهة[١] المواجهة[٢]

الأهداف

١. تَعَلّم طرقِ التعامل مع الاكتئاب وتَحَمُّل التوتر.

٢. البَدْء بالتَخطيط لجلسة الإنهاءِ بعدَ أربعة جلسات.

٣. الفهم لسبل حماية النفس من الضيق/ الخوف، الحزن... مع التطرق لنتائج المشاركات.

٤. التعرف والاكتشاف الذاتي للوسائل التي تتعامل المشاركات بها مع الموقف المؤثركيفية التعامل مع مشاعر القلق الاكتئاب وشعورهن بتقدير الذات.

5. الاستبصار بنتائج وآثار تلك الاستراتيجيات.

٦. رسم صورة لجسر الانتقال من مكان ما إلى مكان والتعرف على أنواع مهارات المواجهة.

7. توضيح بعض المهارات مع أمثلة وسرد القصص.

8. تدريب أعضاء المجموعة على استخدام مهارة المواجهة.

المواد

٩. ورق للرسم.

١٠. مربعات صغيرة من الورق المقوى.

١١. لوح ورقي فليب تشارت.

12. مقياس تقييم من 1 إلى ٨، ما هو شعورك لهذا اليوم؟

١٣. ماء ومرطبات وأطعمة خفيفة (بسكوت).

١٤. نشاطِ كسرِ الجمود (Icebreaker).

١٥. نموذج الواجب البيتي (10). موقف استخدمت فيه مهارات المواجهة النشيطة؟ موقف استخدمت فيه مهارات المواجهة التجنبية؟ نموذج الواجب البيتي (١١). موقف موتر داخل المنزل ما المهارة التي تعاملتي فيها معه.

16. ملصق المشاعر.

17. ورق العمل والأمثلة وأقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.

الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يَطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

نشاط الافتتاح:

- ✓ التحقق من المشاعر بالإشارة إلى **شعورك اليوم** على ملصق المشاعر. (4 دقائق).
- ✓ التحقق من: اسألهم كيف تسير أمور الأحوالِ الصحية مع الأم؟. (5 دقائق).
- ✓ معالجة القضايا المتبقية من الجلسات السابقة: راجع القواعد والقوانين مع المشاركات (الواجب البيتي). (3 دقائق).
- ✓ خاص بمعالجْة قضايا الجلسةَ السابقة الأخيرةَ: اعملْ على الملصقِ. (7 دقائقِ).
- ✓ تُذْكرُ المرشدة بأنَ البرنامج قاربَ على الانتهاء وأنَ بقي أَربع (٤) جلسات فقط. (دقيقتان).
- ✓ نشاط للألفة. (15 دقيقة).

1. تصنع المرشدة مغلفاً (ظرفاً) ورقياً بعنوانِ" **لحظة مِنْ السعادةِ** ". وهذا النشاطِ مَأْخُوذُ مِنْ كتابِ "عائلتِي تَعِيشُ مع المرض" (My Family Is Living With Cancer Workbook; Hazouri & McLaughlin, 1994).

2. تطلبُ المرشدة من المشاركاتِ أن يقمن **بتزيينِ ظرف** (Envelope) بحجم مغلف الرسائل العادي بالطباشير الملونِة، وأقلام العلامات، أو اللاصقات (Crayons, Markers, or Stickers).

3. ثمّ، تطلبُ منهن أن يُفكّرنَ بالأوقاتِ السعيدةِ التي كانوا قد أمضينها مع الأمِ المريضُة (يُمكن وضع صور عن ذلك داخله) وأن يكْتبنَ عن تلكَ الأوقاتِ والمناسباتِ على قصاصاتِ صغيرةِ مِنْ الورقِ. ويُمْكِنُ لهذه القصاصات الورقية أَنْ تُوْضَعَ في داخلِ المغلف أو الظرفِ.

4. تخبرهنَ المرشدة بأنهن يمكنهنَ عندما يبدأن في الشعورِ بالحزنِ، أَنْ يَقمن بفتح الظرفَ ويقَرأن الأفكارَ، ويَتذكّرنَ الأوقاتَ السعيدةَ هذه. (10 دقائقِ).

5. يطلب من المشاركات أن يقمن برسمة تصور مشكلة تتعلق بـ هنا والآن (Here–and–now) وكيفية مواجهه لتلك المشكلة بالرسم داخل المجموعة الإرشادية وان تتحدث بصراحة كيف تفكر في التعامل مع الموقف ومواجهته.

٦. شرح مفهوم المواجهة وهي عبارة عن الأساليب الشعورية السلوكية والمعرفية للتعامل بفعالية مع الأحداث التي يتعرضون لها في بيئتهم والتكيف معها بالتالي قد يستخدم الإنسان بعض الحيل الدفاعية لتجنب المواجهة التي لا تحل المشكلة بالتالي على الإنسان أن يكتسب طرق ايجابية بالتفكير ويحصل على المساندة الاجتماعية في المواجهة.

٦. تهيئة المشاركات لإنهاء الجلسة من خلال تلخيص للمشاركات ما تم في الجلسة وذالك بهدف ربط ومراجعة جميع المواضيع التي تم مناقشتها أثناء الجلسة ومن ثم التذكير بموضوع الجلسة القادمة المواجهة[٢] ، وتقديم الواجب البيتي (١٠). (١١). ومن ثمَ موضوع الجلسة القادمة (١٢) التواصل الفعال مع أفراد الأسرة وحل المشكلات.

تخبرهن المرشدة بأن يَبْدأْنَ التَخطيط لمعرض للأشياءِ التي تَعلّمنها (من خلالِ الملصقات والكتبِ والصورِ). وأنهنَ على سبيلِ المثالِ يُمْكِنُ أَنْ يُوضحوا للأخريات (اللواتي لديهنَ أم مريضة) كَيفَ هم سَيَتعاملون وسيتحمّلونَ، وكَيف يَشْعرونَ، وهكذا. (5 دقائقِ).

٧. طرح أسئلة العمليات (Smead, 1995) ٢، ٥، و٣ (٥ دقائقِ).

٨. إنهاء الجلسة مع المجموعة في طقوس معينه مثل (مصافحة المجموعة والملصقات). (1 دقيقة).

الجلسة الحادية عشرة (Session (11

اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(11)	الثلاثاء٢٠١٤/٢/٤	٩-١٠	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	المواجهة[٢]

مستمرة من الجلسة السابقة (مكمّلة)

الأهداف

١. تَعَلّم طرقِ التعامل مع الاكتئاب والقلق وتَحَمُّل التوتر المصاحب لعملية المرض.
٢. البَدْء بالتَخطيط لجلسة الإنهاءِ.

المواد

٣. ورق للرسم.
٤. مربعات صغيرة من الورق المقوى.
٥. لوح ورقي فليب تشارت.
6. مقياس تقييم من 1 إلى ٨، ما هو شعورك لهذا اليوم؟
٧. ماء ومرطبات وأطعمة خفيفة (بسكوت).
٨. نشاطِ كسرِ الجمود (Icebreaker).
٩. نموذج الواجب البيتي (11). موقف موتر داخل المنزل ما المهارة التي تعاملتي فيها معه.
10. ملصق المشاعر.
11. ورق العمل والأمثلة وأقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.

الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يَطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

نشاط الافتتاح:

- ✓ التحقق من المشاعر بالإشارة إلى **شعورك اليوم** على ملصق المشاعر. (4 دقائق).
- ✓ التحقق من: اسألهم كيف تسير أمور الأحوالِ الصحية مع الأم؟. (5 دقائق).
- ✓ معالجة القضايا المتبقية من الجلسة السابقة: راجع القواعد والقوانين مع المشاركات (الواجب البيتي). (3 دقائق).

- ✓ خاص بمعالجْة قضايا الجلسةً السابقة الأخيرةً: اعملْ على الملصقِ. (7 دقائق).
- ✓ تُذْكرُ المرشدة بأنَ البرنامج قاربَ على الانتهاء وأنَ بقيَ ثلاث (3) جلسات فقط. (دقيقتان).
- ✓ نشاط للألفة. (15 دقيقة).

1. تصنع المرشدة مغلفاً ورقياً بعنوانِ" **لحظة مِنْ السعادةِ** ". وهذا النشاطِ مَأْخُوذُ مِنْ كتابِ "عائلتِي تَعِيشُ مع السرطانِ" (My Family Is Living With Cancer Workbook; Hazouri & McLaughlin, 1994).
2. تطلبُ المرشدة من المشاركاتِ أن يقمن **بتزيين ظرف** (Envelope) بحجم مغلف الرسائل العادي بالطباشير الملونةِ، وأقلام العلامات، أو اللاصقات (Crayons, Markers, or Stickers).
3. ثمّ، تطلبُ منهن أن يُفكّرنَ بالأوقاتِ السعيدةِ التي كانوا قد أمضينها مع الأمِ المريضةُ (يُمكن وضع صور عن ذلك داخله) وأن يكْتبنَ عن تلكَ الأوقاتِ والمناسباتِ على قصاصاتِ صغيرةِ مِنْ الورقِ. ويُمْكنُ لهذه القصاصات الورقية أَنْ تُوْضَعَ في داخلِ المغلف أو الظرفِ.
4. تخبرهنَ المرشدة بأنهن يمكنهنَ عندما يبدأن في الشعورِ بالحزنِ، أَنْ يَقمن بفتح الظرفَ ويقَرأن الأفكارَ، ويَتذكّرنَ الأوقاتَ السعيدةَ هذه. (10 دقائقِ).
5. تخبرهن المرشدة بأن يَبْدأْنَ التَخطيط لمعرض للأشياءِ التي تَعلّمنها (من خلالِ الملصقات والكتبِ والصورِ). وأنهنَ على سبيلِ المثالِ يُمْكِنُ أَنْ يُوضحوا للأخريات (اللواتي لديهنَ أم مريضة) كَيفَ هم سَيَتعاملون وسيتحمّلونَ، وكَيف يَشْعرونَ، وهكذا. (5 دقائقِ).
٦. طرح أسئلة العمليات (Smead, 1995) ٢، ٥، و٣ (٥ دقائقِ).
7. إنهاء الجلسة مع المجموعة في طقوس معينه مثل (مصافحة المجموعة والملصقات). (1 دقيقة).

الجلسة الثانية عشرة (Session (12

اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(12)	الأربعاء٢٠١٤/٢/٥	٩–١٠	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	التواصل الفعال مع أفراد الأسرة

الأهداف

١. مُنَاقَشَة العلاقات داخل وما بينَ أفرادِ العائلةِ التي تغيرت بسبب مرض الأمِ .
٢. اكتشاف القضايا المشتركة مَع أعضاء المجموعةِ الآخرين.
٣. التعرف والتدرب على المهارات البناءة في الاتصالِ مع الأب، الأم، الأخوة والأخوات.

المواد

٤. ورق للرسم.
٥. مربعات صغيرة من الورق المقوى.
٦. لوح ورقي فليب تشارت.
7. مقياس تقييم من 1 إلى ٨، ما هو شعورك لهذا اليوم؟
٨. ماء ومرطبات وأطعمة خفيفة (بسكوت).
٩. نشاطِ كسرِ الجمود (Icebreaker).
١٠. نموذج الواجب البيتي (١٢). مزايا والمضار التي طرأت على العلاقات داخل الأسرة؟
١١.ملصق المشاعر.
١٢.ورق العمل والأمثلة وأقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.
١٣.كتاب الصور.

الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يَطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

نشاط الافتتاح:

- ✓ التحقق من المشاعر بالإشارة إلى **شعورك اليوم** على ملصق المشاعر. (4 دقائق).
- ✓ التحقق من: اسألهم كيف تسيرُ أمور الأحوالِ الصحية مع الأم؟. (5 دقائق)
- ✓ معالجة القضايا المتبقية من الجلسات السابقة: راجع القواعد معهم (الواجبات البيتية). (3 دقائق).
- ✓ خاص بمعالجْة قضايا الجلسةً السابقة الأخيرة: اعملْ على الملصقِ. (7 دقائقِ).
- ✓ نشاط للألفة. (15 دقيقة) (يُعد مسبقاً) (Smead, 1995).

٢. تقَرأ المرشدة قصة "ماذا حدثَ بين أفراد أسرة أمَّ هدى عند مرضها (١٧ دقيقةِ).

3. تناقشْ مواضيع الصفحاتَ مع المشاركات.

٤. تطلب منهن أن يقمن برسمْ صور منفصلة لأفراد عائلتِهن (مواد تُضاف للكتاب الخاص بهن).

٥. اطلب منهن أن يقمن برسمْ صورةٍ توضّح التغيّرات التي حدثت مع أفراد العائلة، من كانَ صديقاً أو قريباً مع مَن؟ ومن أصبحَ مختلفاً مع من؟ وأيضاً...............العلاقات الجديدة التي أصبحت الأسرة تقوم بها مع أفراد خارجِ الأسرة.

٦. توضّح المرشدة أنَ جميع الناسِ عندما يتعرضون لتغييراتِ في نظامِ حياتهنَ يقومون بسلوك لم يكونوا يقوموا به سابقاً كالتوقفِ عن التحدثِ مع أحد الأقارب أو التحدث أكثر مع الأخ.

٧. تطلب منهن أن يضعن في قائمة بعض المزايا التي طرأت على علاقات الأسرة (ازدادوا قرباً وحباً لبعضهم البعض، عرفوا قيمة وجودِ الأم، عرفوا المهام العديدة التي تقومُ بها.....رأوا لأولِ مرة كيفَ أنَ الأب يحاول سدِ النقصِ....والأخ يسعى جاهداً لرعايتهن..) وما إلى ذلكَ..

٨. تطلب منهن للمرة القادمة تسجيلِ جميع المزايا / المضارِ التي طرأت على علاقات الأسرة في قائمة وتعطيهم نموذج الواجب البيتي (١٢) لذلكَ بعد أن تقوم بنمذجة تعبئته.

٩. طرح أسئلة العمليات(Smead, 1995) ١، ٤، و٧ (٥ دقائقِ).

10. إنهاء الجلسة مع المجموعة في طقوس معينه مثل (مصافحة المجموعة والملصقات). (1 دقيقة).

الجلسة الثالثة عشرة (Session (13)

اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(13)	الخميس٦/٢/٢٠١٤	٩-١٠	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	تقييم التقدم ومراجعة ما تعلمته المجموعة

الأهداف

١. مُرَاجَعَة وإدْراك ما تَعلّمَه كُلّ عضو من أعضاءِ المجموعة.
٢. مُنَاقَشَة التغييراتِ التي حَدثتْ في العائلةِ بعدَ مشاركة الطالبة في البرنامج
٣. اكتشاف القضايا المشتركة مع أعضاء المجموعةِ الآخرينِ.
٤. الإسْتِعْداد للإنهاءِ.

المواد

٥. ورق للرسم.
٦. مربعات صغيرة من الورق المقوى.
٧. لوح ورقي فليب تشارت.
8. مقياس تقييم من 1 إلى ٨، ما هو شعورك لهذا اليوم؟
٩. ماء ومرطبات وأطعمة خفيفة (بسكوت).
١٠. نشاطِ كسرِ الجمود (Icebreaker).
١١. نموذج الواجب البيتي (١٣). معرض الكتب الشخصية؟
١٢.ملصق المشاعر.
١٣.ورق العمل والأمثلة وأقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.
١٤.كتاب الصور.

الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يَطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

نشاط الافتتاح:

- ✓ التحقق من المشاعر بالإشارة إلى **شعورك اليوم** على ملصق المشاعر. (4 دقائق).
- ✓ التحقق من: اسألهم كيف تسير أمور الأحوالِ الصحية مع الأم؟. (5 دقائق)
- ✓ معالجة القضايا المتبقية من الجلسات السابقة: راجع القواعد معهم (الواجبات البيتية). (3 دقائق).
- ✓ خاص بمعالجْة قضايا الجلسةً السابقة الأخيرةً: اعملْ على الملصقِ. (7 دقائقِ).
- ✓ نشاط للألفة. (15 دقيقة) (يُعد مسبقاً) (Smead, 1995).
- ✓ معرض النتائج. (15 دقيقة).

٢. تطلبُ المرشدة من المشاركات تهيئة جميع المواد التي أنجزنها (١٧ دقيقِة).
3. تذكرْ المرشدة بأنَ الجلسةُ الأخيرةُ ستكون في المرة القادمة. (دقيقتان).
٤. تناقشْ مواضيع النتائج مع المشاركات.
٥. تراجع معهن رسومات الصور لعائلتِهن (مواد تُضاف للكتاب الخاص بهن) وتسأل عن إمكانية إضافة صور أخرى تعكس التغييرات التي حدثت معهنَ خلالِ البرنامج.
٦. تطلب منهن أن يقمن برسمْ صورةٍ توضّح التغيّرات التي حدثت في العائلة بعدَ المشاركة في البرنامجِ، .... والأشياء الجديدة التي أصبحت المشاركة تقوم بها وتُسعدها.
٧. طرح أسئلة العمليات(Smead, 1995) ٣، ٦، و٥ (٥ دقائقِ).
8. إنهاء الجلسة مع المجموعة في طقوس معينه مثل (مصافحة المجموعة والملصقات). (1 دقيقة).

الجلسة الرابعة عشرة (Session (14) والأخيرة

اسم المجموعة	الجلسة	اليوم	الزمن	المكان	عنوان الجلسة
أنا أدعم نفسي وأسرتي	(14)	الأحد ٢٠١٤/٢/٩	٩-١٠	مركز الأميرة سلمى للطفولة /الزرقاء	الدمج والتكامل والقول وداعاً مع السّلامة /الإنهاء

الأهداف

١. مُسَاعَدَة الأعضاء على التعاملِ مع المشاعرَ المتعلقة بإنتهاء المجموعةِ.

٢. تَشكيل ونمذجة أهميةِ قولِ وداعاً مع السّلامة وكَيفَ يَمكن القيامِ بذلكَ.

٣. تَعَلّم كَيفَ يُمكنُ للمشاركة أن تحْصلُ على المساعدة مِنْ المرشدةِ إذا كانت هناك أية ضرورة وحاجة مطلوبةِ.

المواد

٤.ورق الرسم

٥.مربعات صغيرة من الورق المقوى

٦.أقلام كتابة ملونة، أقلام تحديد.

٧.ملصق المشاعر.

٨.ورق العمل والأمثلة وأقلام كتابة ملونة، وأقلام تحديد.

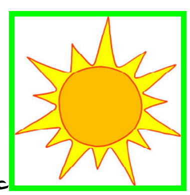
الإستراتيجيات المعيّنة للجلسة

1. يَطْلب من كل عضو من الأعضاء ما يلي:

نشاط الافتتاح:

- ✓ التحقق من المشاعر بالإشارة إلى **شعورك اليوم** على ملصق المشاعر. (4 دقائق).
- ✓ التحقق من: اسألهم كيف تسير أمور الأحوالِ الصحية مع الأم؟. (5 دقائق)
- ✓ معالجة القضايا المتبقية من الجلسة السابقة: راجع القواعد معهم (الواجبات البيتية). (3 دقائق).
- ✓ خاص بمعالجْة قضايا الجلسةً السابقة الأخيرةً: اعملْ على الملصقِ. (7 دقائقِ).
- ✓ نشاط للألفة. (15 دقيقة) (يُعد مسبقاً) (Smead, 1995).

٢. تطلبُ المرشدة من المشاركات أن يقمنَ بتبادلِ المديح بإعطاءِ بعضهن البعض تقديرات (٨ دقائق).



3. تقوم المرشدة برسمِ **منظر صورة للشمس**(Sun) على قطعة من الورق توضح فيها كيفَ تخرجُ الأشعةِ من الشمسِ وتَكْتبُ في المنتصفِ "هذه بَعْض الأشياءِ اللطيفةِ التي قالوها الناس عنيّ" (Stanko & Taub, 2002).

٤. تطلب المرشدة مِنْ كُلّ مُشاركة كِتابَة كلمة ثناءِ أو تقدير لها وأن يوقّعْن حروف أسمائهن الأولى على شعاع واحد وتمرّر النموذج على كُلّ عضوة في المجموعةِ. (١٠ دقائقِ).

٥. وبالإضافة لذلك، في هذه المرحلةِ النهائيةِ للجلسةِ الأخيرةِ احتفلُت المجموعة بحضور الأمهات بإنجازاتِ أسرِ المشاركات في إكْمال البرنامجِ (ما استفادته الأسر من مشاركة الفتيات).

ملحق رقم (١٠) صفحة الإجهاد

صفحةِ معلوماتِ الإجهاد (Stress Information Sheet). يمثل الإجهادِ الخبرة العاطفية /والجسمية مِنْ الضِيقِ، وعادة ما يُسبب الإجهادَ أَو الضَغوطَ عواملُ خارجيةٍ أَو عواملُ داخليةٍ، وتعتبر الموترات هي العواملُ التي تُسبّبُ وتُثيرُ الإجهادَ، وهذه تتضمن مدى كامل من المصادرِ الخارجية بالإضافة إلى المصادرِ الداخليةِ، إضافةً إلى ردودّ الفعل إلى الضغوطِ والاختلافاتِ بين توقّعاتِ أفرادِ العائلة خاصة ما يتعلق بمرض الأم، فإنَ إحساس المُراهقِ الخاصَ بتقديرِ واحترامِ الذات، وآليات المواجهة السيّئةِ، وتصورات وفهم المراهق لمظهرِه العام وهيئته الجسمية الخاصِة، والخوف من عدم القبولِ الاجتماعي، والقلق على الإنجازِ الأكاديمي يُمكنُ أَنْ تكُونَ أمثلة على البعض مِن الموترات الداخلية التي تسبب الإجهادِ كما يلي. الإشارات الجسمية للإجهادِ (Physical Signs of Stress): عندما يُواجهُ الشخص مستويات عاليةَ مِن الإجهادِ فإنَ الجسمَ يستجيبُ بتَشْكِيلة واسعة من الطرقِ، فنظام الجهاز العصبي المركزي والهرمونات المعيّنة تصبحُ مُنَشَّطة وتسبّبُ بأن يقومَ الجسمُ بإنْتاج مستويات أعلى من الأدرينالينِ ومن مستويات الكورتيزول الأكثرِ التي سَتدْخلُ للدورة الدمَّوية، كنتيجة لذلكَ، هناك زيادة قوية فِي معدّل نبضات القلبِ وضغطِ الدمّ ومعدلاتِ التنفّس ونسبةِ الأيضِ أو التمثيل الغذائي، كما قد تظهر هناك مشاكلَ في النَومِ، والمعدة المضطربة، التعرّق في الراحتين، والتَغيّر في أنماطِ الأكلِ (يَأْكلُ أكثر مِن العادي أَو أقل مِنْ العاديِ)، والصداع المتكرّر، تقلصات في المعدةِ أو غثيانِ أَو رغبة في التَقَيُّؤ، وتَستلمُ مجموعاتُ العضلات الكبيرةِ تجهيزات دَمّ إضافيةِ وهذا يَضعُ العضلات في حالة إنذار، وعندما يُطلق الجلوكوز المَخْزُون، توجد هناك زيادة عظيمة في طاقةِ الجسمِ، ويَحدث التعرقُ للمساعدةِ على تبريدِ الجسمِ. الإشارات النفسية للإجهادِ (Psychological Signs of Stress): قَدْ تَتضمّنُ هذه الإشاراتُ الإحسّاسَ بالانزعاجِ أو الاكتئابِ، والنسيانَ الكثير، والشعور بالعصبيَة أَو الإحسّاسَ بالغضبِ بدون سببٍ ظاهرٍ، والبْكاء بسهولة، وأَنْ يَكُونَ عرضة للحوادثِ، الإشارات السلوكية للإجهادِ (Behavioral Signs of Stress): الرَدّ المبالغ فيه إلى الأحداثِ، المجادلة بشكل ثابت مَع الآباءِ والأصدقاءِ، التجنّب، والانفجار وثورات الغضب، أنْ يَكُونَ لئيماً أَو مؤذياً للآخرين هي أمثلة على هذه. من الجديرِ بالإشارة مُلاحَظَة حقيقة أنَ كُلّ فرد يَرْدُّ على الإجهادِ بأسلوبه الفريدِ الخاصِ ولِذلك لا أحد يُواجهُ بالضبط نفس الإشاراتِ السلوكيةِ أو النفسيةِ أو الجسميةِ مِنْ الإجهادِ، ولا يَعْني إظهار إشارة واحدة من هذه الأعَراضِ الإشارةِ إلَى أنّك تُواجهُ إجهاداً، وعلَى سبيلِ المثال، الشعور بالصداع يُمْكِنُ أَنْ يَعْني بأنَكَ جسمك خالي من السوائِلِ، على أية حال، إظهار عدد مِن هذه الأعَراضِ بثبات بمرور الوقت، يُمْكِنُ أَنْ يَعْني بأنّك لا تَتحمّلُ الإجهادَ بشكلٍ حَسنٍ" (Morganett, 1990) ، وفي بَعْض الحالاتِ، يُمْكِنُ أَنْ تحْدثَ المستوَيات المنخفضة مِن الإجهاد وتنجمُ بسببِ الحالاتِ المرهقةِ الطويلة المدى مثل المرضِ الطويل الأمدِ المزمنِ، التخوّف من الانتقالِ وتغيير المَدارسِ، التعامل معَ الإفتراق أَو المرض الوالدي والبيئة المعيشيّة الموترة.

الملحق رقم (١١) النموذج النهائي لتقييم المشاركات للبرنامج الإرشاد الجمعي

الرقم	العبارة	نعم	لا
١	أعتقد أنني استنفدت من الانضمام للمجموعة	☼	☺
٢	أصبحت انظر إلى نفسي بطريقة أفضل	☼	☺
٣	تعلمت الكثير من الأشياء التي سأستمر في استخدامها مستقبلاً	☼	☺
٤	تعلمت من المجموعة أن أعبر عن اهتماماتي وأشاركها الآخرين	☼	☺
٥	كانت أسلوب المرشدة في هذه الجلسات واضحاً وبسيطاً	☼	☺
٦	أصبحت معلماتي يحببنني أكثر	☼	☺
٧	أصبحت أكثر سعادة من السابق	☼	☺
٨	تحسنت علاقتي مع أخواتي وأخواتي	☼	☺
٩	أصبح أدائي الدراسي أفضل السابق	☼	☺
١٠	كانت المواضيع مفيدة لي	☼	☺

الملحق رقم (١٢)

كتاب موافقة مجلس المراجعة المؤسسي (IRB Approval) في الجامعة الهاشمية

الجامعـــــــــة الهاشميـــــــــة
كليـــــــة العلـــــــوم التربويـــــــة

THE HASHEMITE UNIVERSITY
Faculty of Educational Sciences

الرقم : ع ت/ ٩٠/ ٢٠١٤/١/٢٢ — التاريخ : ٢١ ربيع الأول، ١٤٣٥ — الموافق : ٢٠١٤/٠١/٢٢

مكتب العميد
Dean's Office

٥٩٤٨١
١/١/٥٧

الأستاذ الدكتور عميد البحث العلمي والدراسات العليا المحترم

تحية طيبة وبعد،،

فأرجو إعلامكم بان لجنة الدراسات العليا في كلية العلوم التربوية قد أوصت في جلستها رقم (٢٠١٤/٢٠١٣/٧) بتاريخ ٢٠١٤/١/٢١، بالموافقة على تغيير عنوان رسالة الماجستير للطالبة "**أمل صالح قزق**" ماجستير "إرشاد أسري" **أثر برنامج إرشاد جمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفال الامهات المصابات بمرض مزمن**" بدلاً من " **أثر برنامج إرشاد جمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي** لدى أطفال **الامهات المصابات بالسرطان** ".

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

ق.أ عميد كلية العلوم التربوية

د . ايمن العمري

الزرقاء – هاتف (٣٩٠٣٣٣٣) ناسوخ (٣٨٢٦٦١٣) ص.ب (١٥٠٤٥٩) الرمز البريدي (١٣١١٥) الزرقاء / الأردن
مكتب الارتباط : عمان – هاتف (٥٣٤٢٧٠٠) ناسوخ (٥٣٤٣٨٦٤) ص.ب (١٣٨) الجبيهة / الأردن e-mail: hu.edu.jo

HASHEMITE UNIVERSITY
Institutional Review Board (HU-IRB)

الجامعة الهاشمية
مجلس المراجعة المؤسسي

الرقم : التاريخ : الموافق :

الدكتور عميد كلية العلوم التربوية المحترم

تحية طيبة و بعد،،،

أرجو العلم بأنه تم عرض مشروع بحث رسالة جامعية المقدم من الطالبة " **أمل صالح قزق** " تخصص **ارشاد اسري** ، وتحت اشراف الدكتوره **جهاد محمود علاء الدين** والمعنون بـ:-

" أثر برنامج ارشاد جمعي في تحسين التوافق النفسي و الاجتماعي لدى أطفال الأمهات المصابات بالسرطان "

على مجلس المراجعة المؤسسي في جلسته رقم (٢٠١٤/٢٠١٣/٢). بعد الإطلاع و المناقشة، قرر المجلس الموافقة على مشروع البحث المشار اليه.

راجيا الاطلاع واتخاذ الاجراءات اللازمة حسب الاصول.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

رئيس المجلس

أ.د.عدنان أبو صرة

الزرقاء – هاتف (٤٣١٥-٣٩٠٣٣٣٣) (ص.ب (١٥٠٤٥٩) الرمز البريدي (١٣١١٥) الزرقاء / الأردن
E-mail:- irb @hu.edu.jo http://www.hu.edu.jo/IRB

الملحق رقم (١٣)

كتاب موافقة مدير مستشفى الزرقاء الحكومي

وزارة الصحة

الرقم تطوير/خطط/١٠٩٦٢
التاريخ ١٣/١١/٢٠
الموافق

مديـــر مستشفى الزرقاء الحكومي

تحية طيبة وبعد ،،،

أرفـق طيـاً صـورة عن كتـــاب مدير مستشفى البشير / رئيس لجنة أخلاقيـات البحث العلمـي رقــم م ب أ / لجنة أخلاقيات /١٦٥١١ تاريــخ ٢٠١٣/١١/١٠ بخصـوص السـماح لطالبة الماجستير **امل صالح قزق** جـراء بحث بعنوان :-

(اثر برنامج ارشاد جمعي في تحسين التوافق النفسي لدى ابناء الامهات المصابات بالسرطان)

وذلـك عـن طريـق توزيـع الاسـتبيان المرفـق صـورة عنـه علـى الامهـات المصـابات بالسرطان .

أرجو التكرم بالإيعاز لمن يلزم تسهيل مهمة الباحثة أعلاه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

مدير تطوير الموارد البشرية

الدكتورة فدوى الشوابكه

مستشفى الزرقاء الحكومي
٢٠١٣
٢٩٧٤
البريد الوارد

المملكة الأردنية الهاشمية
هاتف: ٥٢٠٠٢٣٠ ٦ ٩٦٢+ فاكس: ٥٦٨٨٣٧٣ ٦ ٩٦٢+ ص.ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

الملحق رقم (١٤)

كتاب موافقة مستشفى البشير التابع لوزارة الصحة

بسم الله الرحمن الرحيم

وزارة الصحة

الرقم ....

التاريخ .... م ب ا / لجنة اخلاقيات/ ١٦٥١١

الموافق ٢٠/١١/٢٠١٣

مدير تطوير الموارد البشريه

تحيه طيبه وبعد ،،،

اشـــاره لكتـــابكم رقـــم تطـــوير / خطـــط /١٠٥٢١ تـــاريخ ٢٠١٣/١٠/٣٠ بخصوص **البحث المقدم من قبل طالبة الماجستير امل صالح قزق .**

بعنوان:-

اثر برنامج ارشاد جمعي في تحسين التوافق النفسي لدى ابناء الامهات المصابات بالسرطان "

يرجى التكرم بالعلم " بأنه قد تم عرض البحث على لجنة اخلاقيـــات البحـــث العلمي وقد قررت اللجنه الموافقه على اجراء البحث المشار اليه اعلاه .

للتكرم بالاطلاع واجراءاتكم لطفا .

واقبلوا الاحترام

مدير مستشفى البشـــير

الدكتور عصام الشريده

ص ب /رس

١٢٩٢٦

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٥٢٠٠٢٣٠ ٦ ٩٦٢+ فاكس: ٥٦٨٨٣٧٣ ٦ ٩٦٢+ ص.ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

الملحق رقم (١٥)

كتاب موافقة وزارة التربية والتعليم

بسم الله الرحمن الرحيم

الجامعة الهاشمية
The Hashemite University

كلية العلوم التربوية
Faculty of Educational Sciences

الرقم: ع/٥٩٥/١٤٠٠ المواقف:

مكتب العميد

عطوفة مدير مديرية تربية الزرقاء الأولى المحترم

تحية طيبة، وبعد،

أرجو التكرم بالموافقة والإيعاز للمعنيين لديكم لتسهيل مهمة الطالبة "أمل صالح مرعي قزق"/ماجستير إرشاد أسري، لاستكمال متطلبات رسالة الماجستير الخاصة بها والمعنونة بـ:

"أثر برنامج إرشاد جمعي في تحسين التوافق النفسي لدى أبناء الأمهات المصابات بالسرطان"

شاكرين لكم حسن تعاونكم مع الجامعة الهاشمية وطلبتها.

مع وافر الاحترام والتقدير،،

عميد كلية العلوم التربوية

الدكتور أيمــــن العمــري

الزرقاء – هاتف (٣٩٠٣٣٣٣) ناسوخ (٣٨٢٦٦١٣) ص.ب (١٥٠٤٥٩) الرمز البريدي (١٣١١٥) الزرقاء / الأردن
مكتب الارتباط : عمان – هاتف (٥٣٤٢٧٠٠) ناسوخ (٥٣٤٣٨٦٤) ص.ب (١٣٨) الجبيهة / الأردن www.hu.edu.jo

الملحق رقم (١٦)

كتاب موافقة مركز الأميرة سلمى للطفولة

بسم الله الرحمن الرحيم

وزارة الثقافة

الرقم م ث/١/١/٨٨
التاريخ ....
الموافق ٢٠١٤/٤/١٢

السادة الجامعة الهاشمية

تحية طيبة وبعد،،،

نود اعلامكم بأن الطالبة أمل صالح مـرعي قزق والمسجلة لـدى برنامج الدراسات العليا في جامعتكم الموقرة قد قامت بتطبيق برنامج إرشاد جمعي لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفال الأمهات المصابات بمرض مزمن خلال شهري كانون ثاني وشباط من عام 2014.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،،

المملكة الأردنية الهاشمية
وزارة الثقافة
مديرية ثقافة الزرقاء

مدير مديرية ثقافة الزرقاء
رياض الخطيب

abstract

Effect of Group Counseling Program in Improving the Psychological and Social Adjustment Among Children of Mothers with Chronic Illness

by

Amal Saleh Marei Quzq

Supervisor
Dr. Jehad Mahmoud Alaedein

Associate Professor

This experimental study sought to explore the impact of purposive group counseling program based on the cognitive behavior and psychoeducational therapy on each of the four scales of psychological and social adjustment: self-esteem, anxiety, depression and family climate, among a sample of children of mothers with chronic illness. The purposive sample consisted of (32) students from Zarqa Public schools and whom their ages ranged between 12-14 years old, were children of mothers infected with a variety of chronic diseases including heart disease, diabetes, cancer, kidney failure and multiple sclerosis. The participants were distributed randomly into two groups, experimental group (n = 16), and a control group (n = 16).

The group counseling program consisted of (14) sessions, with three sessions per week, and session length ranged from 45 minutes to an hour. The program includes and provides various therapeutic techniques and factors, namely, building cohesion and trust and promotes the group's processes, dynamics, and instill hope. In addition to cognitive behavioral therapy, which focuses on diseases knowledge, coping with anxiety and new roles, communication and problem solving, sessions also included some strategies such as effective listening, empathy, and self- disclosure, self-exploration, giving instructions, clarification, modeling, role-playing, feedback and homework.

Results of pretest to posttest differences for the experimental and control groups on the study scales using Analysis of Covariance (ANCOVA) revealed that the treatment group compared to control group, was significantly ($\alpha = 0.05$) more likely to have higher levels of self esteem and positive family climate, and lower anxiety and depressive symptoms. Moreover, results of paired sample t-test, of pretest to posttest differences for the experimental group on the study scales, indicated that the treatment group was more likely to improve significantly ($\alpha = 0.05$), in all the study scales, and accordingly have higher levels of self esteem, and lower anxiety and depressive symptoms, and higher levels of positive perception of family climate. Lastly, results of paired sample t-test, of posttest to four weeks follow-up differences for the experimental group on the study scales, indicated that while the treatment group in post- tests improved significantly ($\alpha = 0.05$), in all the study scales, in the follow-up tests the group failed to maintain the therapeutic gains they attained previously except on family climate. Specifically, there were positive significant differences between post to follow-up tests grades in family climate scale, but the differences in self- esteem, anxiety and

depression were not significant, although results showed that the grades in self-esteem scale remain almost constant, but the grades on anxiety improved to become lower, and on depression scale regressed to become higher.

Taken together, these results suggest that counseling groups may be effective in helping children adolescents of parents with chronic illness such as who would be at risk of developing psychological and social difficulties as the participants of this study, and ought to be conducted regularly in school-based interventions, in order to prevent more serious ment health problems. An implication of this is the possibility that out-reach family counseling and psycho-social community services might target the whole members of families of parents with serious health condition. In summary, although the findings did partly support the use of the present CBT and psychoeducational group counseling interventions with the targeted population sample, it did provide encouragement to continue to design and investigate programs that could possibly benefit children of parents with chronic disease. Future studies may replicate this study with other samples of adolescent of both sexes.

Key words: *Female adolescents Daughters of Mothers with Chronic Disease; Parents with Chronic Disease in Jordan; Group Counseling program; Cognitive Behavioral Therapy (CBT); Psychoeducation; Rolland's Family Systems-Illness Model; Stress-Adaptation theory; self- esteem; Anxiety; Depression; Perceptions of Family Climate.*